

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften
der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Medizinisch-technische Assistenz oder Fachpflege?

Qualifizierungswege und -profile für das Handlungsfeld Anästhesie –
eine Evaluationsstudie mit qualitativ orientiertem Mixed-Methods-Design

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Yvonne Selinger
geboren am 09.08.1976 in Herzberg (Elster)

Betreuerin: Prof. Dr. phil. habil. Margarete Landenberger

Gutachter: 1. Prof. Dr. phil. habil. Margarete Landenberger
 2. PD Dr. med. Jürgen Helm
 3. Prof. Dr. phil. habil. Christa Them

Eröffnung des Promotionsverfahrens: 31. Januar 2012

Datum der Verteidigung: 25. Juni 2012

*„Man kann die Struktur eines Feldes nur verändern,
indem man sich an die geltenden Spielregeln hält.
Dabei beweist sich dann,
dass sich Bewahrung und Veränderung einander nicht völlig entgegenstehen.“*

(Karrer, 1995)

Referat

Zielsetzung: Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den derzeitigen Stand der jungen, grundständigen Ausbildung in der „Anästhesietechnischen Assistenz (ATA)“ zu untersuchen. Dies geschieht mit Bezug auf die ersten, im Rahmen eines Pilotprojekts gemeinsam mit „Operationstechnischen Assistenten (OTA)“ qualifizierten ATA in Deutschland sowie vor dem Hintergrund der etablierten Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“, aktueller Entwicklungen im Gesundheitssystem und bildungstheoretischer Prämissen. Darauf basierend werden empirisch gestützte Optionen zur Weiterentwicklung der bestehenden Qualifizierungswege und -profile für Gesundheitsfachberufsangehörige in der Anästhesie aufgezeigt.

Methoden: Es wurde eine Evaluationsstudie mit einem qualitativ orientierten Mixed-Methods-Design konzipiert. Vier Teiluntersuchungen ermöglichen eine relationale, akteursbezogene Betrachtungsweise. Ihre Ergebnisse wurden perspektivenverschränkend verknüpft. In die Auswertung gingen Daten ein aus (1) einer mündlichen und schriftlichen Befragung der Absolventen des Pilotprojektkurses zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA am Ende ihrer Ausbildung, (2) einer schriftlichen Befragung von ATA- und OTA-Absolventen nach ihrer Berufseinführung, (3) einer repräsentativen schriftlichen Befragung von Pflegedienstdirektoren sowie (4) Interviews mit Fachpflegenden für Intensivpflege & Anästhesie und für den OP-Funktionsdienst.

Ergebnisse: Es besteht einerseits ein Bedarf an Mitarbeitern, die gleichzeitig für den Anästhesie- und für den OP-Funktionsdienst qualifiziert sind. Andererseits besteht ein Bedarf an Mitarbeitern mit erweiterten Handlungskompetenzen, etwa auch für die Übernahme von Aufgaben, die hierzulande bislang Ärzten zugeordnet sind. Sowohl für die ATA-Ausbildung als auch für die I&A-Fachweiterbildung sind formale und inhaltliche Weiterentwicklungen notwendig. Es ist anzuzweifeln, dass die ATA-Ausbildung ein vollständiger Ersatz für Mitarbeiter mit einem pflegerischen Qualifikationsprofil sein kann. Eine Ergänzung der Anästhesie-Teams durch Anästhesietechnische Assistenten erscheint hingegen prinzipiell möglich.

Schlussfolgerungen: Beide Qualifizierungswege, d. h. die ATA-Ausbildung und die I&A-Fachweiterbildung, sind in veränderter Form zukunftsfähig. Sie könn(t)en beide, in weiterentwickelter Form und parallel bestehend, tragende Säulen eines Skill- & Grade-Mix-Konzepts im Handlungsfeld der perioperativen Versorgung bilden. Beide Wege bergen Chancen für zufriedenstellende Berufskarrieren, die v. a. auch der Sicherung der Patientenversorgung in quantitativer wie qualitativer Hinsicht dienen können. Orientierung für die Weiterentwicklung der derzeit bestehenden Qualifizierungswege und -profile für den Anästhesie-Funktionsdienst kann der aus dem theoretischen Vorwissen und den Untersuchungsergebnissen abgeleitete Diskussionsvorschlag für ein „Konsekutives Bildungskonzept medizinisch-technischer Berufe im perioperativen Handlungsfeld“ bieten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Rahmen und Forschungsstand	2
2.1	Zum Wandel der Berufs- und Beschäftigungsstrukturen (im Krankenhaus)	3
2.1.1	Multifaktoriell beschleunigte Differenzierung im Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“	4
2.1.2	Neue Berufsprofile als Strategie gegen den zunehmenden (Pflege-)Fachkräftemangel	5
2.2	Das Handlungsfeld Anästhesie(pflege) im Wandel	9
2.2.1	Zur pflegerischen Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie“ in Deutschland	11
2.2.2	„Intensivpflege & Anästhesie“ = Anästhesie ohne Pflege(?)	13
2.2.3	Trends in den Qualifizierungen für die Anästhesie(pflege)	16
2.2.4	Qualifizierungswege und Kompetenzprofile in der Anästhesie(pflege) international	19
2.2.5	Zum Ausbildungskonzept „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“	24
2.3	Berufsbildungstheoretische Bezugspunkte	28
2.3.1	Die Konzepte „Beruf“ und „Ausbildungsberuf“	29
2.3.2	Zur Konstituierung neuer (Ausbildungs-)Berufe	30
2.3.3	Berufsaus-, Fort- und Weiterbildung als Bildungsprozess	31
2.4	Qualitätsentwicklung und Evaluationsforschung in der Gesundheitsberufsbildung	36
2.5	Resümee des Theorie- und Forschungsstandes	38
3	Ziel und Fragestellung	39
4	Material und Methodik	40
4.1	Evaluationsstudie im Feld der Berufsbildungsforschung	40
4.2	Qualitativ orientiertes Mixed-Methods-Design	41
4.3	Teiluntersuchung 1: Befragung der Lernenden des Pilotprojekts zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA am Ausbildungsende	44
4.4	Teiluntersuchung 2: Befragung der Lernenden nach ihrer Einmündung in den Beruf	47
4.5	Teiluntersuchung 3: Befragung von Pflegedienstdirektoren	50
4.6	Teiluntersuchung 4: Befragung von fachweitergebildeten Pflegenden	52
5	Ergebnisse	54
5.1	Der Blickwinkel der Absolventen des Pilotprojekts zur gemeinsamen Qualifizierung von ATA und OTA am Ausbildungsende	54
5.1.1	Wege in die neuen Berufe – zwischen Berufswahl und -zuweisungsprozess	54
5.1.2	ATA/OTA und I&A/OP-Fachpflege – „So richtig aber Pflege ist das nicht“	56
5.1.3	Rückblicke auf die Ausbildung von ATA & OTA im Pilotprojekt	58
5.1.4	(Nicht anerkannter) Abschluss mit engem Profil = Weg in eine (un)sichere Zukunft(?)	62
5.1.5	Prognosen zur Weiterentwicklung der Berufe: Ja zu ATA & OTA und auch zu A-OTA ...	63
5.1.6	Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 1	65

5.2	Der Blickwinkel der ATA- und OTA-Absolventen nach ihrer Berufseinmündung	66
5.2.1	Einschätzungen zur Beschäftigungs- und Arbeitssituation	66
5.2.2	Die Ausbildungen mit zeitlichem Abstand betrachtet – Positive Gesamtbilanz	70
5.2.3	Berufliche Pläne werden konkreter	73
5.2.4	Prognosen: „Wegzudenken sind wir auf Dauer nicht mehr“	74
5.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 2	76
5.3	Die Blickrichtung von Pflegedienstdirektoren	77
5.3.1	Angaben zur Stellensituation im Anästhesie-Funktionsdienst	77
5.3.2	Einschätzungen zur pflegerischen Fachweiterbildung I&A	78
5.3.3	Auffassungen zu zukünftigen Qualifikationsbedarfen	79
5.3.4	Sichtweisen zu einer grundständigen Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst	80
5.3.5	Unterschiedliche Einschätzungen nach Krankenhausgrößen und Versorgungsstufen	82
5.3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 3	82
5.4	Der Blickwinkel von fachweitergebildeten I&A- sowie OP-Pflegenden	83
5.4.1	Wege in den Anästhesie- und OP-Funktionsdienst	83
5.4.2	Rückblicke auf die absolvierten Fachweiterbildungen	84
5.4.3	Pflege ist das nicht – aber: Eine Pflegende macht das anders als eine OTA oder ATA	89
5.4.4	ATA & OTA – (Keine) Konkurrenz zu den Pflegeberufsprofilen	91
5.4.5	Derzeitige Arbeitsbedingungen bremsen Zukunftspläne	92
5.4.6	Aufgaben(neu)verteilung – unter bestimmten Bedingungen vorstellbar	93
5.4.7	Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 4	95
6	Diskussion	95
6.1	Diskussion der Ergebnisse	95
6.1.1	I&A-Fachpflege und ATA-Ausbildung – zwei Wege mit dem gleichen Ziel(?)	96
6.1.2	ATA als neues Teammitglied im Wirkgefüge der Gesundheitsfachberufe	98
6.1.3	Resümee zum Pilotprojekt zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA	105
6.1.4	Perspektive: Skill- & Grade-Mix der Gesundheitsfachberufe in der Anästhesiologie	108
6.2	Diskussion des methodischen Vorgehens	112
6.2.1	Methodenkritik und Begrenzungen der Ergebnisse	112
6.2.2	Vorschläge für weitere Untersuchungen	114
7	Zusammenfassung	118
Literaturverzeichnis	120	
Thesen	141	

Anhang

A.	Überblick: Inhalte und Stundenverteilungen für die Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie“ und für die Ausbildung „Anästhesietechnische Assistenz“	i
B.	Anschreiben, Einverständniserklärung, Interviewleitfaden und Fragebogen zur Befragung der Absolventen am Ausbildungsende (Teiluntersuchung 1)	iii
C.	Teilnehmer und formale Aspekte der Interviews der Teiluntersuchung 1	xii
D.	Anschreiben 1 und 2 sowie Fragebogen zur Befragung der Absolventen nach ihrer Berufseinmündung (Teiluntersuchung 2)	xiii
E.	Anschreiben und Fragebogen zur Pflegedienstdirektorenbefragung (Teiluntersuchung 3)	xxvi
F.	Anschreiben und Interviewleitfaden zur Befragung von Fachpflegenden (Teiluntersuchung 4)	xxxiii
G.	Teilnehmer und formale Aspekte der Interviews (Teiluntersuchung 4)	xxxvii
	Lebenslauf	xxxix
	Selbstständigkeitserklärung	xl
	Erklärung über frühere Promotionsversuche	xli
	Danksagung	xlii

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abb. 1	Arbeits- und Rahmenbedingungen in den Funktionsdiensten	8
Abb. 2	Entwicklung der Beschäftigungszahlen des Personals im Anästhesie-Funktionsdienst	10
Abb. 3	Pflegende mit abgeschlossener Fachweiterbildung gesamt, für Intensivpflege & Anästhesie und OP-Dienst	11
Abb. 4	Integrationskonzept im Modellausbildungsgang für die Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz	25
Abb. 5	Prüfkriterien zur Anerkennung und Beibehaltung von Ausbildungsberufen	31
Abb. 6	Leitprinzipien zur Gestaltung von Berufsbildungsprozessen in Gesundheitsfachberufen	33
Abb. 7	Schematische Darstellung des Forschungsdesigns	42
Abb. 8	Relevanz exemplarischer Motive für die Berufswahlentscheidung der angehenden ATA und OTA	55
Abb. 9	Von den ATA- und OTA-Absolventen genannte und den Berufen zugeordnete pflegerische Aspekte	56
Abb. 10	Zufriedenheit mit der derzeitigen Arbeitsstelle	67
Abb. 11	Gedanken in den letzten zwölf Monaten daran, die ausgeübte Tätigkeit beenden zu wollen	67
Abb. 12	Wahrgenommene Veränderungen der Vorstellungen vom Beruf ATA/OTA zu Beginn und nach Ausbildungsende	68
Abb. 13	Einschätzungen von ATA und OTA zu Faktoren ihrer Arbeitsbedingungen	69
Abb. 14	Einschätzungen von ATA und OTA zu psychosozialen Faktoren ihrer Tätigkeit	70
Abb. 15	Einschätzungen zur Eignung des Bewerberauswahlverfahrens	71
Abb. 16	Beurteilung der in der Ausbildung erworbenen a) theoretischen Kenntnisse, b) praktischen Fertigkeiten und c) Kenntnisse über das Praxisfeld	71
Abb. 17	Einschätzungen zur Angemessenheit der Thematisierung der anästhesiespezifischen theoretischen Fächer	72
Abb. 18	Einschätzungen zu exemplarischen Aspekten des Lernprozesses in der Praxis	73
Abb. 19	Empfinden von Lernerfolgen im Arbeitsalltag von ATA und OTA	74
Abb. 20	a) Stellensituation im Anästhesie-Funktionsdienst und b) im ärztlichen Dienst der Anästhesie	77
Abb. 21	Beschäftigung von Operationstechnischen Assistenten	78
Abb. 22	Einschätzungen zu Verbesserungsoptionen der pflegerischen Fachweiterbildung	79
Abb. 23	Einschätzungen zur Sinnhaftigkeit eines Berufsbildes für Aufgaben im Anästhesie- und im OP-Funktionsdienst	79
Abb. 24	Einschätzungen zum Bedarf an hochschulisch qualifizierten, nichtärztlichen Mitarbeitern in der Anästhesie	79
Abb. 25	Einschätzungen zur eigenverantwortlichen Narkoseüberwachung durch qualifizierte Fachkräfte des Anästhesie-Funktionsdienstes	80
Abb. 26	Einschätzungen zum Bedarf an einer grundständigen Berufsausbildung zur Sicherstellung des Personalbedarfs	80
Abb. 27	Einschätzungen zur Praxisangemessenheit einer grundständigen Berufsausbildung im Vergleich zur pflegerischen Fachweiterbildung	81
Abb. 28	Konsekutives Bildungskonzept für medizinisch-technische Berufe im perioperativen Handlungsfeld	109

Tabellen

Tab. 1	Nichtärztliches Anästhesie-Personal in Europa	20
Tab. 2	Angaben zum Rücklauf der Absolventen-Nachbefragung	49
Tab. 3	Strukturdaten der befragten Krankenhäuser	51
Tab. 4	Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung von ATA & OTA aus Sicht der Absolventen	60
Tab. 5	Themenfelder der Argumente für und gegen eine grundständige Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst	81
Tab. 6	Beitrag der Teiluntersuchungen zur Beantwortung der Forschungsfragen	96

Abkürzungsverzeichnis

AN/ANs	Anaesthetic Nurse(s)
ANP/ANPs	Advanced Nurse Practitioner(s)
A-OTA	Anästhesie-Operationstechnische Assistenz, ~ Assistant/-in
AP/APs	Anaesthesia Practitioner(s)
APA/APAs	Anaesthesia Physician Assistant(s)
APN/APNs	Advanced Practice Nurse(s)
AQiG	Ausbildungsqualität in den Gesundheitsberufen (Forschungs- und Entwicklungsprojekt)
ASA	(Klassifikation der) American Society of Anesthesiologists (zur allgemeinen Einschätzung des individuellen Narkoserisikos eines Patienten)
ASP	Advanced Scrub Practitioner (in Großbritannien)
ATA	Anästhesietechnische Assistenz, Anästhesietechnische/-r Assistant/-in
BAG ATA	Bundesarbeitsgemeinschaft Anästhesietechnische Asssistenz
BÄK	Bundesärztekammer
BALK	Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V.
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CNP/CNPs	Clinical Nurse Practitioner(s)
CTA	Chirurgisch-technischer Assistent, Chirurgisch-technische Assistenz
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V.
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DPR	Deutscher Pflegerat
dvta	Deutscher Verband Technischer Assistenten in der Medizin
ERNA	Erste Hilfe, Rettungsstellen, Notaufnahmen und Ambulanzen (Weiterbildung)
ESA	European Society of Anaesthesiology
EU	Europäische Union
FaGe	Fachangestellte Gesundheit
FD	Funktionsdienst
FWB	Fachweiterbildung
GG	Grundgesetz
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HwO	Handwerksordnung
HWP	HWP Planungsgesellschaft mbH
I&A	Intensivpflege und Anästhesie (= Bezeichnung der pflegerischen Fachweiterbildung)
ICN	International Council of Nurses
IFNA	International Federation of Nurse Anaesthetists (= Internationale Föderation für Anästhesie-pflegende; wörtlich: für „Krankenschwester-Anästhesisten“)
INIS	Internationales Netzwerk Innovativer Schulsysteme
ITS	Intensivtherapiestation
JCSEE	Joint Committee on Standards for Educational Evaluation
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KMK	Kultusministerkonferenz
Krh.	Krankenhaus
KrPflG	Krankenpflegegesetz
MAFA	Medizinische/-r Assistent/-in für Anästhesie
MFA	Medizinische/-r Fachangestellte
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
MTA	Medizinisch-technische Assistenz, Medizinisch-technische/-r Assistent/-in
NA/NAs	Nurse Anaesthetist(s)
NDS HF	Nachdiplomstudiengang Höhere Fachschule (z. B. für Anästhesie, in der Schweiz)
NP/NPs	Nurse Practitioner(s)
O-ATA	Operations-Anästhesietechnische Assistenz, Operations-Anästhesietechnische/-r Assistent/-in
ODP/ODPs	Operating Department Practitioner(s) (in Großbritannien)
OP	Operation(ssaal)
OTA	Operationstechnische Assistenz, ~ Operationstechnische/-r Assistent/-in,
PA/PAs	Physician Assistant(s)
postop.	postoperativ
SEIS	Selbstevaluation in Schulen
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TOA	Technischer Operationsassistent/-in (in der Schweiz)
TU	Teiluntersuchung(en)
VPU	Verband der PflegedirektorInnen der Universitätsklinika Deutschlands
WHO	World Health Organization (= Weltgesundheitsorganisation)
ZSVA	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung

Benutzte Sonderzeichen in der Transkription der geführten Interviews

- / -- / ---	kurze / mittlere / lange Pause
...	unverständliche Passage
... []	Textauslassung [Erläuterung]
emh, eh	Überlegung
mmh	Zustimmung, Überlegung
nee	Verneinungsäußerung
'n, ne	sprachliche Kurzform, Zustimmung

Weitere, nähere Kommunikations- und Verhaltensbeschreibungen –
 z. B.: lauter, leise, lacht, lächelt, betont, Stirn runzelnd, mit Gestik oder Mimik verdeutlichend
 Namen und Orte sind als Textauslassung gekennzeichnet

1 Einleitung

Die Entstehung neuer Berufsbilder, wie z. B. für die Operationstechnische Assistenz (OTA) Anfang der 1990er und für die Anästhesietechnische Assistenz (ATA) Mitte der 2000er Jahre, können als Indikator für einen tiefgreifenden Wandel an die Anforderungen und Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Gesundheitsfachberufe interpretiert werden. Dieser Wandel gründet auf einem multifaktoriellen Ursachenbündel, ergibt derzeit kein schlüssiges Bild und lässt keinen definierten Endpunkt erkennen.

Ob und wie sich Berufsbilder wandeln, hängt wesentlich von ökonomischen sowie (interessen- und berufs-)politischen Entscheidungen ab (Bartholomeyczik, 2007). Im Interesse der zu versorgenden Patienten und der Berufsinhaber dürfen dies jedoch nicht die alleinigen Gestaltungskräfte sein, sondern sollen sich Reformprozesse auch auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützen und systematisch begründen lassen (Meifort, 2004; Rauner, 2006a).

Die vorliegende Arbeit will hierzu einen Beitrag leisten. In ihr wird die Berufsausbildung und -ausübung in dem für Deutschland jungen Berufsbild „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ fokussiert. Dies geschieht unter Berücksichtigung des allgemeinen Wandels der Gesundheitsfachberufe, ihrer Beschäftigungsstrukturen und -bedingungen sowie unter Hinzuziehung berufsbildungstheoretischer Erkenntnisse. Dabei wird Bezug genommen auf die ersten im Rahmen eines Pilotprojekts gemeinsam mit Operationstechnischen Assistenten (OTA) ausgebildeten ATA und auf die etablierte Weiterbildung von Pflegenden zu „Fachkrankenpfleger/-innen¹ für Intensivpflege & Anästhesie“, als dem bisher üblichen, für das Handlungsfeld Anästhesie qualifizierenden Weg.

Anlass zur vorliegenden Untersuchung und Rollenklärung der Untersucherin: Im Herbst 2004 begann erstmals in Deutschland am Universitätsklinikum Halle (Saale) eine grundständige Berufsausbildung in dem neuen Berufsbild „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“. Im Frühjahr 2005 folgte ein weiterer Pilotprojektkurs am Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Inzwischen findet die ATA-Ausbildung an weiteren Orten und dabei i. d. R. in einer integrierten Form gemeinsam mit Operationstechnischen Assistenten (OTA), z. T. auch mit Chirurgisch-technischen Assistenten (CTA), statt (s. Kap. 2.2.5). Die Durchführung der ATA-Pilotprojekte erforderte eine Genehmigung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und war mit der Aufforderung zur Evaluation verbunden.

Im Frühjahr 2007 wurde von Seiten der Pflegedienstdirektion und des Ausbildungszentrums für Gesundheitsfachberufe des Universitätsklinikums Halle (Saale) – im Folgenden kurz als „Auftraggeber“ oder „Pilotprojekträger“ bezeichnet – um Unterstützung dieser Evaluation durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gebeten. Erwartet wurden Befragungen der Absolventen des Pilotprojektkurses am Ende der Ausbildung sowie eine allgemeine Eruierung des Bedarfs an ATA.

¹ Wenngleich der überwiegende Teil der Mitarbeiter im hier interessierenden Handlungsfeld Frauen sind, wird in der vorliegenden Arbeit der leichteren Lesbarkeit wegen i. d. R. eine geschlechtsneutrale, seltener eine zurückhaltend weiblich geprägte Schreibweise genutzt. Gemeint sind, sofern nicht explizit anders erwähnt, Frauen und Männer gleichermaßen.

Prinzipiell bestand großer Freiraum bei der Konzeption der Untersuchung. Begrenzend war lediglich, dass keine finanziellen oder personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden konnten. Die Ergebnisse sollten den Auftraggebern überlassen werden, der sie in den internen Evaluationsprozess des Pilotprojekts einbeziehen wollte. In diesen war die Untersucherin nicht involviert.

Ihre Beweggründe, das Thema aufzugreifen, lagen in ihrem Interesse an (pflege-)bildungswissenschaftlichen Fragen. Durch ihre Tätigkeit v. a. für die Langzeitpflege, waren ihr OP-Saal und Anästhesie-Funktionsdienst bis dahin nahezu fremd. Diese Konstellation wirkt zunächst paradox, erwies sich letztlich jedoch als hilfreich, um Forschungsthema und -feld im Verständnis einer Evaluationsstudie weitestgehend unvoreingenommen zu erschließen. Gleichwohl stellte die fehlende domänenspezifische Fachkompetenz der Forscherin auch eine Gefahr für die Qualität des zu entwickelnden Untersuchungsdesigns, die Identifizierung der relevanten Forschungsfragen sowie für die Datenerhebung und deren Interpretation dar (Kelle, 2006; Niethammer, 2006). Die Untersucherin wirkte dem entgegen, indem sie sich mit der Literatur für die Aus- bzw. Weiterbildung in den Funktionsdiensten Anästhesie (Latasch und Knipfer Hrsg., 2004; Ullrich et al. Hrsg., 2005; Knipfer et al. Hrsg., 2006; Genzwürker und Hinkelbein, 2007; Larsen, 2007; Hübner und Koch Hrsg., 2009) und Operationssaal (Kucharek Hrsg., 2002; Hilgefert et al. Hrsg., 2006; Liehn et al. 2006; Liehn et al. Hrsg., 2007) vertraut machte und tageweise dort hospitierte.

Die Untersuchungsdurchführung erfolgte mit Distanz zu den (vermuteten) Nutzenerwartungen der Auftraggeber. Dieses Vorgehen ist nicht mit Eigenmächtigkeit gleichzusetzen. Der Studienplan wurde den Auftraggebern im Mai 2007 vorgelegt. Diese ließen ihn durch den Klinikumsvorstand genehmigen.

Die Untersucherin nahm im Arbeitsprozess die Rolle einer responsiven Begleitforscherin ein (Sloane, 2006). Einerseits erfolgte eine Dokumentation von Facetten des Modellversuchs. Andererseits wurde übergreifenden Fragestellungen zur Entwicklung und möglichen Etablierung neuer Berufe in der Anästhesie sowie angrenzend im OP-Funktionsdienst nachgegangen. Dies geschah mit dem Ziel, durch systematisch gewonnene Erkenntnisse in weiterführende Entwicklungen hinein wirken zu wollen (ebd.).

2 Theoretischer Rahmen und Forschungsstand

Berufliche Bildung ist mit bildungs-, aber auch mit wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Fragen (Rauner, 2006a, 2010) sowie kontrovers bestehenden Interessen und Konzeptvorstellungen verzahnt. Die Arbeit an einem berufsbildungsbezogenen Gegenstand bedarf damit eines, im Folgenden nachzuzeichnenden, interdisziplinären und mehrperspektivischen Zugangs.

Zunächst wird dazu der Veränderungsprozess innerhalb der Berufsbilder im Feld Gesundheit und Pflege, v. a. im Krankenhaussektor, umrissen (s. 2.1). Es folgt eine Skizzierung des Handlungsfeldes Anästhesie-Funktionsdienst mit dem Fokus auf die in ihm agierenden sog. nichtärztlichen² Gesundheitsfachberufs-

² Die Umschreibung „nichtärztlich“ ist definitorisch eindeutig. Sie wird im Folgenden dennoch nur zurückhaltend verwendet, da ihr Gebrauch die Vorstellung einer Negativabgrenzung (Bals, 1993) zwischen den ärztlichen und den anderen

angehörigen – bisher meist Personen mit einer pflegerischen Ausbildung – einschließlich ihrer national und international vorzufindenden Qualifizierungswege und -profile (s. 2.2.1-2.2.4). Anschließend wird die zur vorliegenden Arbeit Anlass gebende neue Ausbildung „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ vorgestellt (s. 2.2.5). Es folgen Erläuterungen zu zentralen berufsbildungstheoretischen Begriffen und Konzepten (s. 2.3). Dazu zählen v. a. die Klärung der Konzepte „Beruf“ und „Ausbildungsberuf“ (s. 2.3.1) und die Skizzierung von Einflussfaktoren im Prozess der Konstituierung neuer (Ausbildungs-)Berufe (s. 2.3.2). Ferner gehört die Darlegung des der Arbeit zugrunde liegenden Verständnisses von Berufsaus-, Fort- und Weiterbildung als Bildungsprozess sowie von zentralen, damit verbundenen Leitprinzipien einer begründeten didaktisch-methodischen Gestaltung von (Gesundheitsberufs-)Bildungsprozessen dazu (s. 2.3.3). Abschließend wird der Stand der Bildungs- und Evaluationsforschung in der (Gesundheits-)Berufsbildung skizziert, an dem sich der empirische Teil der vorliegenden Arbeit orientiert (s. 2.4).

2.1 Zum Wandel der Berufs- und Beschäftigungsstrukturen (im Krankenhaus)

Während die Pflegeberufe, insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, auf eine längere Tradition zurückblicken, sind die anderen Gesundheitsfachberufe, einschließlich einer Vielzahl darauf aufbauender Weiterbildungen, überwiegend erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden (Darmann und Keuchel, 2006).

Heute stellt sich das Feld der Berufe im Gesundheitssektor als stark differenziert dar (Bollinger, 2005). Eine allgemein zufriedenstellende Taxonomie des breiten Spektrums dieser Berufe liegt nicht vor. Ihre Strukturierung, etwa nach Leistungsbereichen und inhaltlicher Verwandtschaft, suggeriert eine Systematik, die in der Realität so nicht gegeben ist (ebd.). Faktisch sind diese Berufe sowohl horizontal als auch vertikal stark aufgefächert und z. T. eng spezialisiert. Ihre Profile grenzen sich oft nur marginal voneinander ab und die dahinter stehenden Qualifikationsbündel erweisen sich meist weder als spezifisch (Meifort, 2004), noch sind sie konzeptionell abgesichert (Borgetto und Käble, 2007).

Somit ist das Ziel der Verrechtlichung in der Berufsbildung, nämlich Klarheit über Aufgaben, Funktionen und Qualifikationen der geregelten Berufe zu schaffen, im Gesundheitssektor erschwert (Meifort, 1999) und jede Neukonstruktion weiterer Berufsbilder verstärkt diesen Umstand weiter. Letztlich stellt sich die Frage, ob es sich bei den derzeit zahlreich neu entstehenden Ausbildungsgängen „[...] überhaupt noch [...] [um] Berufe im herkömmlichen Sinne [handelt]“ (Bollinger, 2005), die der doppelten Zweckstruktur von Berufen hinreichend genügen, nämlich einerseits der Identitätsfindung i. S. einer Verkoppelung von Beruf und Biografie und andererseits der Sozialintegration durch die Verkoppelung von Beruf und Sozialstruktur (Beck et al., 1980; Becker, 2002; Rauner, 2010) (s. dazu 2.3.1).

Neben der inhaltlich unklaren Berufsschneidung im Gesundheitssektor gilt zudem auch keine einheitliche, sondern je nach Beruf eine von fünf Arten an Rechtsgrundlagen und zwar Berufsgesetze des Bundes, Gesetze, Verordnungen und Erlasse der Bundesländer, das Berufsbildungsgesetz (BBiG), die Handwerks-

Berufen des Gesundheitswesens provoziert. Diese erscheint dem Verständnis einer kooperativen Gesundheitsversorgung abträglich (Tschöpa, 1975; Bals, 1993).

ordnung (HwO) und in selteneren Fällen Zulassungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bei (noch) nicht staatlich anerkannten Berufen (Dielmann, 2004a), wie derzeit für die Operationstechnische Assistenz und für die Anästhesietechnische Assistenz (OTA & ATA).

Hinzu kommt, dass die Bezeichnung der Berufe einem definitorischen Wandel unterliegt. Er reicht von Heilhilfsberufe, über medizinische Hilfsberufe oder Assistenzberufe, übrige Gesundheits(dienst)berufe, nichtärztliche Heilberufe oder Gesundheitsberufe, mittlere medizinische Fachberufe und Medizinalfachberufe, bis zu Gesundheitsfachberufe (Meifort, 2004). Mitunter wird von den Berufsfeldern „Gesundheit“ und „Pflege“ gesprochen (Darmann und Keuchel, 2006) oder von dem (einen) Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“ (Meifort, 2004).

In der vorliegenden Arbeit wird vom letzteren Verständnis ausgegangen, d. h. von der gemeinsamen Verortung der Berufe innerhalb eines Feldes. Dabei wird zudem auch für ATA und OTA die Bezeichnung Gesundheitsfachberuf verwendet. Dies geschieht im Hinblick auf die besondere rechtliche Stellung einer Gruppe von derzeit siebzehn Berufen, die sog. „anderen [als ärztlichen] Heilberufe“, die zugleich als Gesundheitsfachberufe bezeichnet werden. Für diese liegt wegen der mit ihrer Ausübung verbundenen Gesundheitsgefahren für die zu behandelnden bzw. zu betreuenden Personen, die Kompetenz der Regelungen ihrer Zulassung und Ausübung als „Heilgewerbe“ nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG) beim Bund. Die Autorin folgt hier der Auffassung zweier Rechtsgutachten, nach denen es sich im Fall der Operationstechnischen Assistenz (OTA) um einen solchen Beruf handelt (Böhme, 1999, 2003) und geht vom gleichen Sachverhalt für die Anästhesietechnische Assistenz (ATA) aus.

2.1.1 Multifaktoriell beschleunigte Differenzierung im Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“

Demografischer Wandel, Wertewandel, geänderte sozioökonomische und gesetzliche Rahmenbedingungen, gesundheits- und bildungspolitische Entscheidungsprozesse sowie Fortschritte in Wissenschaft und Medizintechnik verändern auf verschiedenen Ebenen und sich wechselseitig beeinflussend das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit, d. h. Institutionen, Gesundheitsarbeit und berufliche Anforderungen an die Beschäftigten (BIBB, 1996; Bollinger, 2005; Careum Hrsg., 2007). V. a. die wachsende Spezialisierung und Technisierung der Medizin, die zur Komplexitätssteigerung und Umstrukturierung der Arbeit, meist i. S. einer Konzentration auf einzelne Gebiete und Kompetenzen sowie zu einer zunehmend differenzierteren Arbeitsteilung beiträgt, impliziert Neuorientierungen von beruflichen Bildungsinhalten sowie von Strukturen innerhalb des Berufsfeldes (Becker, 2002; Balsing, 2008).

Im Zuge dieses Wandels finden Restrukturierungsprozesse statt, in deren Verlauf Kompetenzen, Zuständigkeiten, Arbeitsteilungen und Kooperationen zwischen bestehenden Berufen neu ausgehandelt und sowohl symbolisch als auch machtpolitisch abgestützt werden (Hülsken-Giesler, 2010a).

Parallel zu den Veränderungen innerhalb bestehender Berufe, lassen sich im Zuge anwachsender Diskrepanzen zwischen den in einem Beruf gebündelten Qualifikationen einerseits und den Anforderungen aus der Arbeitswelt andererseits (Borgetto und Kälble, 2007) zudem Transformationsprozesse nachzeichnen, in deren Verlauf neue Qualifikationsmuster i. S. weiterer Aus- und Weiterbildungsberufsprofile entstehen.

Diese kristallisieren sich seit ca. Anfang bis Mitte der 1990er Jahre v. a. in der Gruppe der sog. Assistenzberufe heraus (Becker, 2002). Damit sind insbesondere die Medizinisch-technischen Assistenzberufe (= MTA-Berufe, auch: Diagnostisch-technische Berufe in der Medizin) mit den inzwischen vier Fachrichtungen Labormedizin, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin gemeint. Darüber hinaus gibt es u. a. die Berufe Diätassistent, Pharmazeutisch-technische Assistenz und Rettungsassistent sowie weitere, bislang nicht staatlich anerkannte Berufskonzepte, wie die Operationstechnische Assistenz und die Anästhesietechnische Assistenz (OTA & ATA).

Die Bezeichnung „Assistenz“ (lat.-mlat.: Beistand, Mithilfe; Dudenredaktion Hrsg., 2007) im Zusammenhang mit den o. g. Berufen führt leicht zu der Fehlannahme, dass es sich hierbei um Geringqualifizierungen, etwa i. S. von „Servicehelfern“ handelt, die Pflegefachkräfte nach deren Anweisungen entlasten. Dem ist nicht so. Die Bezeichnung „Assistenz“ ist hier meist am ehesten mit „Arztassistenz“ zu assoziieren und spiegelt dabei i. d. R. nicht den erreichten fachlich professionellen Entwicklungsstand (Kozon et al., 2010) dieser überwiegend dreijährig ausgebildeten Berufe wider³.

2.1.2 Neue Berufsprofile als Strategie gegen den zunehmenden (Pflege-)Fachkräftemangel

Neben der Spezialisierung und Technisierung der Medizin war es in den vergangenen Jahren v. a. der zunehmende ökonomische Druck, der tiefgreifende Umstrukturierungen innerhalb der Krankenhäuser bewirkte. Die Umstrukturierungen betrafen und betreffen weiterhin in erheblichem Umfang auch die Personalstrukturen in quantitativer und qualitativer Weise (Isfort und Weidner, 2007; Simon, 2008a).

Kennzeichnend in quantitativer Sicht ist dabei ein deutlicher Stellenabbau, der die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich trifft (Simon, 2010). Während etwa die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst der allgemeinen Krankenhäuser zwischen 1991 und 2007 um ca. 32% stieg und die Beschäftigtenzahlen im medizinisch-technischen Dienst annähernd konstant blieben, wurden zwischen 1996 und 2007 mehr als 50.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst abgebaut, was einer Reduzierung um ca. 15% entspricht (ebd). Modellrechnungen zufolge bestand dadurch im Jahr 2006 bereits eine geschätzte Unterbesetzung von 65.000 Vollkräften im Pflegedienst der Krankenhäuser (Simon, 2008b).

Im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG, 2009) wurde zwar zwischenzeitlich ein Sonderprogramm zur Schaffung von bis zu ca. 17.000 zusätzlichen Vollzeitstellen im Pflegedienst verteilt auf drei Jahre (2009-2011) initiiert (Simon, 2010). Diese Stellen konnten jedoch aufgrund des inzwischen fast flächendeckend eingetretenen Mangels an Pflegefachkräften nur teilweise besetzt werden

³ In anderen Ländern finden sich für vergleichbare Berufe Bezeichnungen, die die Kernkompetenz des jeweiligen Berufsbildes jenseits einer Assistenzfunktion bewusst zu verdeutlichen versuchen. Die dabei in den vergangenen Jahren diskursiv geänderten Bezeichnungen sollen den Umfang, das Qualifikationsniveau sowie den Charakter des i. d. R. nach erfolgter ärztlicher Anordnung eigenverantwortlichen und prozessorientierten Berufshandelns zum Ausdruck bringen (Hofbauer, 2006). So wurden z. B. in Österreich im Jahr 2005 die Berufsbezeichnungen Diätassistent, Medizinisch-technischer Laborassistent und Medizinisch-technischer Radiologieassistent mit der Novellierung des Berufszulassungsgesetzes für diese Berufe und ihrer Verlagerung aus dem sekundären in den hochschulischen Bildungssektor in Diätologe, Biomedizinischer Analytiker und Radiologietechnologe geändert (MTD-Gesetz, 2010:§10).

(DBfK Hrsg., 2009). Darüber hinaus ist von einer weiter wachsenden Personallücke auszugehen (ebd.; Afentakis und Maier, 2010; Blum et al., 2011)⁴.

Bereits im Jahr 2002 hatte ca. ein Viertel der Krankenhäuser Probleme, Pflegepersonal zur Besetzung offener Stellen zu finden (Offermanns, 2002). Im Jahr 2011 waren es mehr als 37% (Blum et al., 2011). Aus Kostengründen steuerten die Krankenhäuser diesem Prozess, etwa durch verstärkte Ausbildungsaktivitäten, aber nicht hinreichend entgegen (Weidner und Isfort, 2002).

Das hängt mit der Verortung der Ausbildung vieler Gesundheitsfachberufe, wie auch der Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege, an den sog. Schulen des Gesundheitswesens zusammen. Das sind Ausbildungsstätten, die gemäß §2 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG, 1991) notwendigerweise mit Krankenhäusern verbunden sind und deren Rahmenbedingungen bei Umstrukturierungen der Krankenhäuser folglich unmittelbar beeinflusst werden (Dielmann, 2005; DPR, 2006; Kutschke, 2010). Ein Indiz hierfür ist der konträr zum vorausgesehenen Mehrbedarf an Pflegefachkräften verlaufende Ausbildungsplatzabbau in der Pflege (Dielmann, 2005; Isfort und Weidner, 2007; DBfK, 2010).

Der wachsende Fachkräftemangel wird sich zudem durch die mit dem demografischen Wandel erheblich sinkenden Schulabhängerzahlen zuspitzen. V. a. für Berufe, die wie die Pflege, unter vielfach unattraktiv empfundenen Rahmenbedingungen agieren, wird es zunehmend schwieriger, zahlenmäßig ausreichend geeignete Nachwuchskräfte zu gewinnen und sie langfristig zu binden (Weidner und Isfort, 2002; Dielmann, 2005). Hier sind erhebliche Anstrengungen, insbesondere auch in Konkurrenz zu den Berufen des dualen Berufsbildungssystems im Handwerk, der Industrie und des Handels, notwendig (Kloas, 2007; Hundeborn, 2010) sowie zugleich auch hinsichtlich einer alternssensiblen Personalpolitik zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der älteren Mitarbeiter (Becker, 2008; Kade, 2008).

Zentrale Strategien zur Personalgewinnung und -bindung werden dabei in der Entlastung und Attraktivitätssteigerung der (Pflege-)Berufe durch die Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen, in einer tariflichen Aufwertung und in der Entwicklung neuer Laufbahnmuster und Karrierechancen, z. B. durch die Etablierung der Funktion von klinisch tätigen Pflegeexperten (sog. Advanced Nurse Practitioners; s. Kap. 2.2.3), gesehen (Stemmer und Offermanns, 2010; DBfK Hrsg., 2011).

Eine weitere, den Kern der vorliegenden Arbeit betreffende Strategie stellt die Schaffung neuer grundsätzlicher Ausbildungen dar. Von ihnen wird erwartet, dass sie ein erweitertes Bewerberspektrum ansprechen. Das sind z. B. für den Anästhesie- und den OP-Funktionsdienst junge Menschen mit einem eher medizinisch-technischen Interesse, die den bisherigen „Umweg“ über eine Pflegeausbildung mit anschließender (optionaler) Fachweiterbildung (s. 2.2.1) meiden würden, um in diesen Bereichen tätig zu werden (Kramer, 2000; Oswald, 2002; Tischer, 2008).

⁴ Eine regelmäßige, strukturierte und vergleichbare Gesundheitsberufsberichterstattung mit einer systematischen Beschreibung der Angebots- und Nachfrageentwicklung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen, fehlt in Deutschland (Blum et al., 2006; Darmann-Finck und Foth, 2011). Damit mangelt es an einer verlässlichen Grundlage zur gezielten Ausbildungsbedarfsplanung und -steuerung (Stöcker, 2005). Eine Ausnahme bildet lediglich – für ein einzelnes Bundesland – die jährliche Gesundheitsberufsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW, 2010).

Neben dem aufgezeigten generellen Pflegekräftedefizit besteht ein zunehmender Mangel an Pflegenden mit spezifischen, vertieften Kompetenzen, etwa für die Intensivpflege, sowie für die sog. Funktionsdienste (kurz: FD) im Krankenhaus (Jacobs, 2002; Weidner und Isfort, 2002; Blum et al., 2010). Zu diesen zählt gemäß der Krankenhausstatistik, neben dem Personal in den Funktionsdiagnostischen Abteilungen, insbesondere das Pflegepersonal für den Operationsdienst und für die Anästhesie (destatis, 2009).

Im Jahr 2011 wurde aus ca. 38% der Krankenhäuser über offene, nicht besetzbare Stellen beim Personal im OP-FD berichtet, was einer Steigerung um ca. 15% gegenüber 2009 entspricht. Dabei sind große Häuser ab 600 Betten überproportional betroffen. Für den Anästhesie-FD gaben 2009 noch weniger als 10% der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme an. Jedoch ist auch hier ein merklicher Anstieg zu verzeichnen. 2011 hatten bereits 23,6% der Häuser entsprechende Probleme. Insgesamt wurde 2009 von bundesweit 600 unbesetzten Stellen im OP- und von 200 im Anästhesie-FD ausgegangen; 2011 von bereits 1.000 im OP und von knapp 500 in der Anästhesie (Blum et al., 2011; Blum, Offermanns 2009). Daneben wird v. a. Fachpersonal für die Intensivpflege gesucht (Happach und Schneider, 2010). Dieser Bereich weist mit mehr als 1.200 Stellen den größten offenen Posten im Pflegedienst auf (Blum, et al. 2011).

Mit der dauerhaften Unterbesetzung, sowohl im Pflegedienst allgemein als auch in den Funktionsdiensten sowie weiteren Bereichen der Krankenhäuser bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen, sind ständig präsenten Leistungsdruck und Stress, steigendes Konfliktpotential innerhalb der Behandlungsteams, wachsende Unzufriedenheit und damit dauerhaft belastende Arbeitsbedingungen verbunden (Knüppel, 2006; Busse, 2009a). In den OPs wird in diesem Zusammenhang von „Produktionsdruck“ gesprochen, der die Versorgungsqualität einschränkt (z. B. Schulte-Sasse, 2009) und zur Patientengefährdung führen kann⁵ (Simon, 2008a; Busse, 2009b) (s. Abb. 1).

Hinzu kommt, dass der OP-Bereich in den letzten Jahren als wesentlicher Kosten-, aber auch als größter Wertschöpfungsfaktor in den Fokus des Krankenhausmanagements gerückt ist (Schuster et al., 2007; Busse, 2010). Er wurde zu einem zentralen Brennpunkt struktureller und organisatorischer Innovationen. Zentrale, sich z. T. überlappende Innovationsstrategien zur Kostensenkung und Effektivitätssteigerung zielen dabei v. a. auf eine Verkürzung der Prozesszeiten und auf eine Verbesserung der OP-Auslastung ab. Dazu werden z. B. OP-Manager und Profit-Center-Strukturen etabliert (Siegmund et al., 2006; Meyer-Jark et al., 2007) sowie komplexe Reorganisationsprojekte, einschließlich der Standardisierung von Arbeitsabläufen durchgeführt (Welk, 2006; Freese et al., 2010). Diese sollen v. a. auch das Schnittstellenmanagement zu vor- und nachgelagerten Prozessen optimieren (Riedl, 2003). Hinzu kommen u. a. die Neugestaltung von OP-Räumlichkeiten unter streng funktionalen Aspekten oder die Praxis überlappender Anästhesie-einleitungen (Schuster et al., 2007).

⁵ Für Deutschland liegen bislang keine repräsentativen Studien zu den Auswirkungen des Stellenabbaus auf die Arbeitsbelastung der Beschäftigten und auf die Qualität der Patientenversorgung vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der international festgestellte Zusammenhang zwischen der Anzahl sowie der Qualifikation des (Pflege-)Personals und der Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus (z. B. Heinz, 2004; Lang et al., 2004; Langsbein et al., 2005) auch hierzulande gilt (Isfort und Weidner, 2007; Simon, 2008a; Becker und Beck, 2010). Folglich sind negative Auswirkungen eingetreten, wie z. B. vermeidbare postoperative und sonstige Infektionen sowie Dekubitus und Stürze, Verweildauerverlängerungen auf Intensivstationen und im Krankenhaus sowie eine erhöhte Mortalität bei verspäteter Notfallhilfe (IQWiG, 2006).

Diese Prozesse schließen Fragen der Aufgaben- und Kompetenzverteilungen ein, die die Mitarbeiter des Anästhesie- und OP-Funktionsdienstes unumgänglich mit veränderten Anforderungen an ihre Berufsausübung konfrontieren (Balsing, 2008).

In einer repräsentativen, bundesweiten Befragung von Krankenhausführungskräften sahen z. B. 11,7% die Möglichkeit, im OP-Dienst fachweitergebildete Pflegende einzusparen. Das hängt vermutlich auch mit der steigenden Zahl an Operationstechnischen Assistenten (OTA) (Isfort und Weidner, 2007) und dem Anlernen von Medizinischen Fachangestellten (MFA) zusammen. Knapp die Hälfte der Befragten rechnete mit der Etablierung weiterer Assistenzberufe, wie z. B. die Chirurgisch-technische Assistenz (CTA), um der demografisch bedingten Verknappung an (Fach-)Pflege-, ärztlichem und weiterem Gesundheitsdienstpersonal sowie dem Druck zur Lohnkostenersparnis begegnen zu können.

Zugleich erwarteten 20 bis 30% erwarteten dabei für die kommenden fünf Jahre auch wesentliche Veränderungen bei der Übernahme bislang Ärzten zugeordneter Tätigkeiten (ebd.). Zum Spektrum des Möglichen wurden die Übernahme diagnostischer Maßnahmen und kleinerer operativer Eingriffe sowie die eigenverantwortliche Narkoseüberwachung gezählt (ebd.).

**Arbeits- und Rahmenbedingungen in den Funktionsdiensten –
Dilemmata aus Sicht von Vertretern der Pflegenden in den Krankenhaus-Funktionsdiensten**
= Notaufnahmen, Intensiv-, Endoskopie-, OP- und Anästhesie-Abteilungen

- **Erhöhung der Arbeitsbelastung bei nicht hinreichender Personalausstattung**
 - auch durch zunehmende Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte, ohne mehr Personal zu haben & in Form der Übernahme von Aufgaben durch ständige Kompetenzüberschreitung
- **Dauerhaft belastende Arbeitsbedingungen und defizitäre Ausstattung**
 - mit hohen physischen und psychischen Belastungen durch Arbeitsverdichtung und Zeitdruck & durch defizitäre ergonomische Arbeitsplatzausstattungen
- **Vernachlässigung des Personalschutzes und unzureichende Umsetzung rechtlicher Vorgaben**
 - z. B. des Arbeitszeitgesetzes in Form von Mehrarbeitszeit und Nichtgewährleistung hinreichender Erholungsphasen mit der Folge verschlechterter Regeneration und erhöhter Gefahr von Fehlern
 - z. B. durch Nutzung von Materialien (wie Kanülen, Blutentnahmesysteme, Skalpelle), die nicht den aktuellen Anforderungen an die Sicherheit und des Gesundheitsschutzes entsprechen & Defizite in der Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Strahlenschutzverordnung
- **Unzureichende Schnittstellenkoordination und Transparenz**
 - durch nicht ausreichend identifizierte und beschriebene Prozesse
- **Mangelnde Berücksichtigung der Funktionsdienste in der Pflegeausbildung⁶ und bei der Personalentwicklung**
 - mit der Folge der ineffizienten Nachwuchsförderung &
 - Unzufriedenheit und Unsicherheit der Mitarbeiter

Gefährdung der Patienten

Abb. 1: Arbeits- und Rahmenbedingungen in den Funktionsdiensten (vgl. BAG FD des DBfK, 2009)

⁶ Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2003 und einer darin verankerten Schwerpunktverlagerung der Aufgaben von Pflegefachkräften i. S. einer stärkeren Fokussierung auf Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, wurden neue Praxiseinsatzorte verpflichtend in die Ausbildung aufgenommen (KrPfG, 2003). Dabei fielen die Funktionsdienste wie Anästhesie und OP als Lernorte weitgehend weg. Pflegeschüler haben so seltener die Möglichkeit, diese Handlungsfelder kennenzulernen und ggf. Interesse an einer späteren Arbeit in diesen Bereichen zu entwickeln.

2.2 Das Handlungsfeld Anästhesie(pflege) im Wandel

Wenn in der vorliegenden Arbeit vom „Handlungsfeld Anästhesie(pflege)“ gesprochen wird, dann ist damit das Aufgabenfeld der „nichtärztlichen“ Mitarbeiter des sog. Anästhesie-Funktionsdienstes, der örtlich im OP-Bereich angesiedelt ist, gemeint. Die Aufgabe des Personals im Anästhesie-Funktionsdienst besteht im Wesentlichen darin, Anästhesisten (ugs.: Narkoseärzten) bei der Durchführung aller gängigen Anästhesieverfahren und -techniken zu assistieren, deren Vor- und Nachbereitung zu gewährleisten und die Patienten im zeitlichen Umfeld eines chirurgischen Eingriffs, der sog. perioperativen Phase, zu betreuen. Dazu gehört auch die postoperative Überwachung der Patienten im Aufwachraum⁷. Zugleich beschränkt sich der Einsatzbereich dieser Mitarbeiter im Wesentlichen auf das Fachgebiet „Anästhesie“ als einem Teilbereich des klinischen Fachs „Anästhesiologie“. Die weiteren Säulen der Anästhesiologie als Querschnittsfach, d. h. Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerztherapie, spielen im Gegensatz zu den ärztlichen Kollegen⁸ für die Mitarbeiter im Anästhesie-Funktionsdienst i. d. R. keine oder eine nur untergeordnete Rolle.

Bisher sind im Anästhesie-Funktionsdienst v. a. Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegepersonen mit und ohne einschlägige Qualifizierung i. S. einer Fachweiterbildung für „Intensivpflege und Anästhesie“ (kurz: I&A) tätig. Das Aufgabenprofil der Pflegenden im Anästhesie-FD mit und ohne Fachweiterbildung lässt sich nicht voneinander abgrenzen (Lange et al., 1996; Sailer, 2005). Viele der hier Tätigen erlangen ihr Können durch „learning by doing“. Eine Verpflichtung zur Fachweiterbildung besteht nicht. Neben den Pflegenden werden in diesem Handlungsfeld zunehmend mehr auch Medizinische Fachangestellte (MFA) (ugs.: Arzthelper/-innen), die hier für Assistenzaufgaben angelernt werden (DGF, 2008), sowie Anästhesietechnische Assistenten (ATA) eingesetzt.

Den Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge stieg die Zahl der im Anästhesie-FD Beschäftigten zwischen 2001 und 2010 von 15.104 auf 18.063 bzw. um 16,4%. Dieser Anstieg relativiert sich deutlich, wenn berücksichtigt wird, dass die Zahl der Vollzeitbeschäftigte in dieser Zeit nahezu konstant blieb und der Beschäftigungszuwachs weitgehend auf den Anstieg an Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten zurück geht. Deren Anteil stieg in dieser Zeit von 25,5 auf 37,7% (s. Abb. 2) und entspricht den Entwicklungen

⁷ Der Aufwachraum (auch: Aufwacheinheit) ist eine eigenständige, dem OP-Bereich zugeordnete, nicht bettenführende Einheit. Aufwachräume stehen unter anästhesiologischer Verantwortung und haben eine lückenlose Überwachung der Patienten in der „Erholungsphase“ sicherzustellen. Gemeint ist die Zeit, die je nach Anästhesieverfahren, Eingriff und Patientenfaktoren Minuten bis Stunden dauert und in der der Patient nach der Durchführung einer Anästhesie durch deren Auswirkungen und den durchgeführten Eingriff selbst, in seinen Vitalfunktionen gefährdet ist (DGAI und BDA Hrsg., 2009). Empfohlen wird von den ärztlichen Berufsverbänden die ständige Präsenz eines Anästhesisten im Aufwachraum (ebd.). Ist dies nicht gewährleistbar, muss alternativ ein Anästhesist umgehend verfügbar sein. Für die lückenlose Überwachung der Patienten sind zudem gesonderte Planstellen für fachspezifische Pflegekräfte auszuweisen (ebd.). Darunter verstehen die ärztlichen Berufsverbände DGAI und BDA Fachgesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger für „Intensivpflege & Anästhesie“ und sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Fachpflegestandard“ (ebd.).

⁸ Anästhesisten gründen das Selbstverständnis ihres Fachgebietes „Anästhesiologie“ seit ca. Mitte der 1980er Jahre – auch unter dem Begriff der „Perioperativen Medizin“ – auf den vier Säulen Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie (Booij, 2001; Blobner und Kochs, 2003; Pasch, 2010; Søreide et al., 2010). Mitunter wird als fünfte Säule die Palliativmedizin hinzugezählt. Zur Anerkennung der Anästhesiologie als Querschnitts- und „4-Säulenfach“ sind einschränkende Bemerkungen anzubringen. So gibt es keinen „Alleinvertretungsanspruch“ der Anästhesiologie auf die Säulen der Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerztherapie. In den meisten Ländern Europas sind die Intensivmedizin und Notfallmedizin zwar Bestandteile der Anästhesiologie, doch gibt es dafür häufig separate Facharztausbildungen (ebd.).

in anderen pflegerischen und nichtpflegerischen Krankenhauspersonalgruppen (Simon, 2010). Hinzu kommt, dass in dieser Zeit die Zahl der Operationen deutlich anstieg, wodurch von einer Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiter ausgegangen werden kann (DGF, 2008).

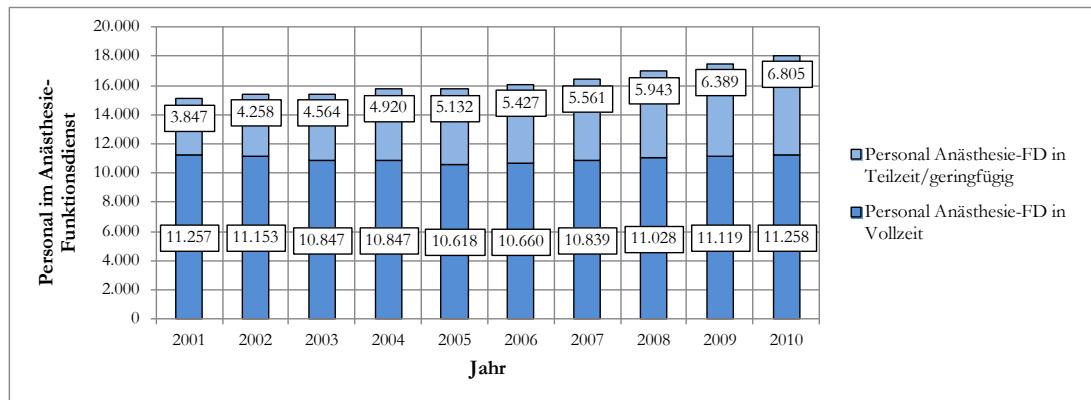


Abb. 2: Entwicklung der Beschäftigungszahlen des Personals im Anästhesie-Funktionsdienst (jeweils zum 31.12.2001-2010) (eigene Darstellung nach destatis, 2003, 2005a,b,c, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a,b)

Der Anteil der im Anästhesie-FD agierenden Pflegenden mit einem Fachweiterbildungsabschluss lässt sich nicht genau beziffern. Das resultiert daraus, dass die Krankenhausstatistik die Weiterbildungsquote für die Intensivpflege und die Anästhesie zusammen ausweist (z. B. destatis, 2009). Bekannt ist nur, dass zwar der pflegerische Fort- und Weiterbildungssektor, v. a. aufgrund der angespannten Finanzlage der Krankenhäuser bei gleichzeitigem Fehlen einer verbindlichen gesetzlichen Grundlage zur Weiterbildung, eine Erosion erfährt (Sailer, 2005; Neubauer, 2008), dass dies jedoch nicht uneingeschränkt für die Fachweiterbildungen gilt.

So stieg die Absolventenzahl von Pflegefachweiterbildungen in den Krankenhäusern allgemein zwischen 2001 und 2010 von 43.303 auf 63.161 bzw. um 31,4%. Fachpflegende für „Intensivpflege & Anästhesie“ bilden dabei die größte Teilgruppe. Ihre Zahl stieg von 23.619 auf 31.258 bzw. um 24,4% (destatis 2003, 2011), wobei die beiden Felder Intensivpflege und Anästhesie unterschiedlich profitierten. Ein Vergleich der Entwicklungslinien in den Abb. 2 und 3 deutet an, dass die Fachweitergebildeten überproportional für die Intensivpflege qualifiziert wurden. Für diese wird seit Jahren, neben allgemeinen Forderungen auch für die Anästhesie und den OP, nachdrücklich(er) die Festlegung einer Fachkraftquote gefordert (DGF, 2007a, 2009). Es ist folglich möglich, dass der Anteil der fachweitergebildeten Pflegenden an den Mitarbeitern im Anästhesie-Funktionsdienst konstant blieb oder auch rückläufig war, was dem Bild im OP-Dienst gleichen würde.

Dort fiel im Zeitraum 2001 bis 2010 der Personalzuwachs mit 9,2% bzw. von 30.776 auf 33.901 und bei den dazugehörenden Pflegenden mit einem Fachweiterbildungsabschluss für den OP-Dienst mit 10,6% bzw. von 11.547 auf 12.909 Personen deutlich geringer aus (destatis, 2003, 2011) (s. Abb. 3).

Die geringeren Zuwachsraten beim OP-(Pflege)Personal sind dabei in Verbindung zu Reorganisationsprozessen, der Nichtbesetzbarkeit freier Stellen (Grunow et al., 2000; Brickwedde, 2009; Neiheiser und Gille, 2009) und zur Verbreitung der Ausbildung von OTA diskutierbar (Kramer, 2000).

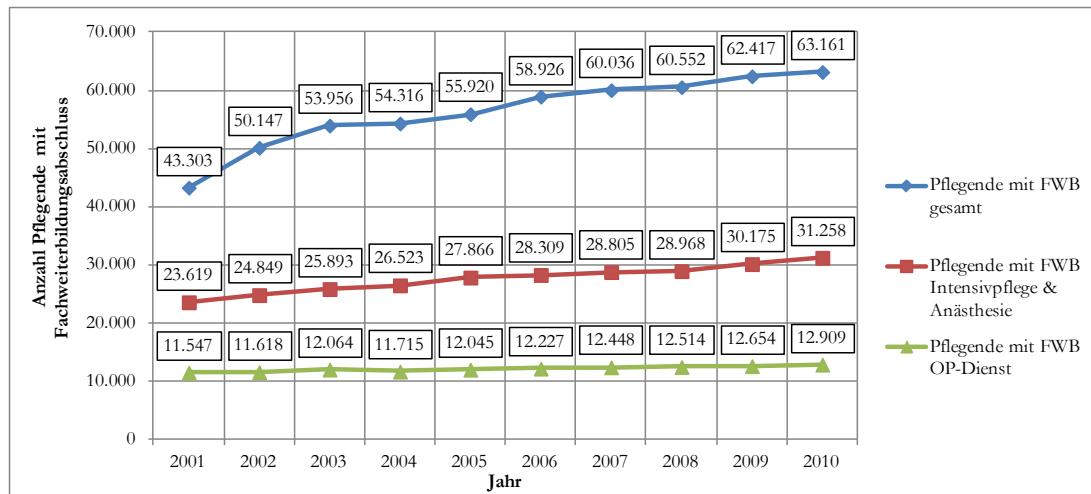


Abb. 3: Pflegende mit abgeschlossener Fachweiterbildung gesamt, für Intensivpflege & Anästhesie und OP-Dienst (jeweils zum 31.12.2001-2010) (eigene Darstellung nach destatis 2003, 2005a,b,c, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a,b)

Unter dem Genderaspekt ist zu erwähnen, dass im Bereich „Intensivpflege & Anästhesie“ der Männeranteil mit 28% deutlich höher liegt, als beim fachweitergebildeten Pflegepersonal im Krankenhaus allgemein. Dort beträgt er 24,3%. Mehr Männer mit einem Fachweiterbildungabschluss gibt es mit 32,8% nur in der psychiatrischen Pflege (destatis, 2011b) und im oberen Pflegemanagement (Sewtz, 2006). Unter den nichtweitergebildeten Pflegenden sind Männer derzeit mit 13,9% vertreten (destatis, 2011b). Die Zahlen bestätigen, dass Männer im Pflegeberuf häufiger berufliche Höherqualifizierungen („Karrieren“) beschrieben als Frauen (Piechotta, 2000; Sewtz, 2006).

2.2.1 Zur pflegerischen Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie“ in Deutschland

Die Anlässe, Weiterbildungen als formale Prozesse des lebenslangen Lernens zu absolvieren, sind vielfältig und dabei selbst- und/oder fremdgesteuert (Gieseke, 2008). Die Teilnahme an einer Weiterbildung kann z. B. als Kompensation(sversuch) für nicht umgesetzte Studienwünsche und nicht erreichte Bildungsabschlüsse und damit der Selbstbestätigung und Selbstwertstützung dienen. Motive für eine Weiterbildung können in einer diffusen Unzufriedenheit bis hin zu einer persönlichen Krise liegen, die zur Umorientierung führt und neue Handlungskompetenzen verlangt. Auch der Wille, am politischen, sozialen oder kulturellen Leben teilzuhaben oder den Wissensfortschritt im eigenen Handlungsfeld verfolgen zu wollen, sind denkbare Gründe. Vielfach sind es zudem Veränderungen am Arbeitsplatz, die nicht allein über situatives Erfahrungslernen bewältigt werden können, die eine Weiterqualifikation – hier vielfach dann auch vom Arbeitgeber angeregt – notwendig machen (ebd.; Kaiser, 2005b).

(Pflegerische) Fachweiterbildungen (kurz: FWB) im Besonderen sollen zum einen der fachlichen Spezialisierung und dabei der Vertiefung bzw. Kompensation von in der Berufsausbildung nicht hinreichend für spezifische Handlungsfelder herausgebildeter Kompetenzen dienen (Becker, 2000; Neiheiser und Walger, 2002). Zum anderen sollen sie die Persönlichkeitsförderung unterstützen (KMK, 2001). Mit ihnen ist folglich ein Bildungsauftrag verbunden (s. auch 2.3.3).

FWB waren bis in die 1990er Jahre hinein die einzige Möglichkeit, sich fachlich, d. h. außerhalb von Pflegemanagement und -pädagogik, weiterzuqualifizieren (Schäfer, 2006). Viele Pflegende, die später in anderen Bereichen Karriere machten, begannen diese mit einer Fachweiterbildung (vgl. ebd.). In einigen Bundesländern wird mit dem FWB-Abschluss zugleich eine fachgebundene Hochschulreife erworben, womit sich diverse Studienmöglichkeiten und akademische Laufbahnen eröffnen (Böhme, 2006).

Viele Pflegende sehen in einer Fachweiterbildung einen wichtigen Schritt für berufliche Entwicklung und Aufstieg (Balsing, 2008). Für einige Bereiche – auch für die Anästhesie – erhalten sie nach dem Abschluss häufig eine höhere Vergütung. Von OP-Pflegenden wird z. B. auch das Motiv berichtet, durch die FWB eine „Nische“ abseits des Routinestationsbetriebs und des direkten Patientenkontakts für sich erschließen zu können (Oswald, 2002).

(Pflegerische) Weiterbildungen können, wenn sie mit einem Kompetenzzuwachs am Arbeitsplatz verbunden sind, die Arbeitszufriedenheit erhöhen, gesundheitliche Belastungen verringern und damit dem sich zusätzenden Pflegekräftemangel entgegenwirken (Blättner et al., 2004). Von ihnen werden positive Einflüsse auf die persönliche Entwicklung der Pflegenden und auf die Versorgungsqualität erwartet (Reuschenbach, 2004). Belege hierfür sind rar (s. auch 2.2.3).

Zu den Anfängen der Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie“: Zeitgleich wie in den skandinavischen und angelsächsischen Ländern, fanden Anfang der 1960er Jahre erste Kurse unterschiedlichen Umfangs für sog. „Narkoseschwestern“ statt (Gottschalk, 2003). Diese Angebote waren meist von Medizinern initiiert und mit den Zielen verbunden, nach „ihren Interessen“ qualifiziertes, zureichendes Fachpersonal zu gewinnen (Friesacher, 2000) und den vielerorts bestandenen Mangel an Narkoseärzten zu kompensieren. Entsprechend weitgehend waren die Aufgaben der so qualifizierten Pflegenden⁹. Die Kursinhalte waren im Wesentlichen auf das Erlernen der kompetenten Beherrschung des medizintechnischen Umfeldes ausgerichtet und enthielten nur in geringem Umfang spezifische Pflegeinhalte (Zindler und Dudziak, 1971; Ullrich et al., 2005).

Ein erstes differenziertes, länger andauerndes Weiterbildungskonzept in Deutschland wurde 1964 am Universitätsklinikum Mainz erprobt. Darauf basierend erfolgte 1974 erstmalig auf Bundeslandebene in Rheinland-Pfalz ein Erlass zur pflegerischen Weiterbildung (Jacobs, 2007). Ausgehend von den Mainzer Akteuren, die über Jahre für die Entwicklung der ab 1972 unter dem Titel „Anästhesie und Intensivtherapie“ angebotenen Lehrgänge und deren bundesweite Umsetzung eingetreten waren, gründete sich zeitgleich die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) (Ullrich et al., 2005)¹⁰.

⁹ Bis 1953, dem Jahr, in dem in Deutschland der Facharzt für Anästhesie geschaffen wurde, führten i. d. R. Pflegende Narkosen durch (Dudziak und Van Aken, 2007). In den Folgejahren blieb diese Praxis in jenen Krankenhäusern bestehen, in denen noch Mangel an entsprechenden ärztlichen Spezialisten bestand. Erst in dem 1976 veröffentlichten Muster der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Fachweiterbildung für Pflegende wurde offiziell die Beschränkung festgehalten, dass „[d]ie selbstständige Ausführung von Narkosen [...] weder Aufgabe der Anästhesieschwester/des Anästhesiepflegers noch Ziel ihrer Ausbildung [...], [sondern] eine ärztliche Aufgabe darstellt.“ (ebd.).

¹⁰ In der DDR begannen erstmals 1969 einjährige Kurse für „Fachkrankenschwestern/-pfleger für Anästhesie und Intensivtherapie“. Sie bestanden aus zunächst 320, seit der Einführung eines landesweit verbindlichen Lehrplans im Jahr 1983 aus 480 Stunden Theorie und aus der als Praktikum zählenden Tätigkeit im entsprechenden Handlungsfeld (Ullrich et al., 2005). Auch diese Kurse hatten einen deutlichen medizinisch-technischen Schwerpunkt (ebd.; Thiekötter, 2006).

Im Bemühen um eine bundesweite Vergleichbarkeit, erarbeitete die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unter Beteiligung der DGF und ärztlicher Berufsverbände in der Folgezeit eine entsprechende Empfehlung zur formalen und inhaltlichen Gestaltung der Fachweiterbildung. Diese wurde 1976 als sog. „DKG-Muster für die landesrechtliche Regelung zur fachlichen Qualifikation im Bereich Intensivpflege“ veröffentlicht und gilt in einer 1998 aktualisierten Form bis heute als Grundlage zur Regelung dieser Qualifizierung auf Bundesländerebene (Neiheiser und Walger, 2002) (s. auch Anhang A).

Die DKG-Empfehlung ist mit „Intensivpflege“ betitelt. In Klammern werden die beiden möglichen Schwerpunktbereiche – „Anästhesie“ oder „Pädiatrische Intensivpflege“ – benannt. Voraussetzungen für die Teilnahme an der Fachweiterbildung sind ein Abschluss in der Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege sowie i. d. R. zwei Jahre Berufserfahrung, davon mind. sechs Monate im einschlägigen Handlungsfeld. Das Bildungsangebot ist als berufsbegleitender Lehrgang mit einem Gesamtumfang von mind. 3.050 Stunden über zwei Jahre angelegt. Davon entfallen 720 Stunden auf Unterrichtszeiten und 2.350 Stunden auf die praktische Weiterbildung. Diese wird als „Mitarbeit an obligatorischen und fakultativen Einsatzplätzen“ bezeichnet. Dabei ist im praktischen Einsatz, der unter fachkundiger Anleitung stattzufinden hat, der Weiterbildungsauftrag zu wahren. Die FWB wird durch eine Prüfung mit einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil abgeschlossen (Neiheiser und Walger, 2002).

Den Bundesländern ist es überlassen, darüber hinausgehende Regelungen zu treffen. Anders als für die Ausbildung fällt die staatliche Regelung der Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen nämlich nicht in den Kompetenzbereich des Bundes, sondern in den der Bundesländer (KMK Hrsg., 2009). Mit Ausnahme Thüringens und Bayerns haben dabei alle Bundesländer auf der DKG-Empfehlung basierende, landesrechtliche Weiterbildungsregelungen erlassen. Diese sind von Heterogenität geprägt (Stöcker, 2005; Böhme 2006; Stemmer, 2008). Sie haben unterschiedlichen normativen Charakter, variieren in ihren Zielen, Inhalten und deren Präzisierung sowie in der Aktualität der Regelungen (Grünwald et al., 2010). Institutionsübergreifende Curricula fehlen weitgehend, womit die didaktisch-methodische Ausgestaltung bei den einzelnen Weiterbildungsstätten liegt (Gottschalk, 2003).

Konsens bestand bislang zwischen den Bundesländern zumindest darin, dass die Fachweiterbildungen in der Pflege mit dem Ziel der bundesländerübergreifenden Anerkennung, die DKG-Empfehlungen als Mindeststandard einzuhalten hatten (Neiheiser, 1999). Inzwischen wird davon abgewichen (s. dazu 2.2.3).

2.2.2 „Intensivpflege & Anästhesie“ = Anästhesie ohne Pflege(?)

„Sind wir einmal ehrlich! Wem als Außenstehenden – dazu müssen wir auch alle unsere Patienten zählen – würde es auffallen, dass der Ursprung unserer Spezialisierung [Anästhesiopflege] in der Pflegeprofession liegt?“ (Buik, 2004a)

Nach einer langen Zeit einseitiger medizinisch-technischer Prägung der I&A-Fachweiterbildungskurse, fand seit etwa Mitte der 1980er Jahre eine stärkere Beschäftigung mit pflegerischen Aspekten, v. a. des intensiv, „medizinischen“ Handelns, statt (Schäfer, 2006). Dem Patienten als Person mit seinen bio-psycho-sozialen Bedürfnissen sowie der bewussten pflegerisch-therapeutischen Beziehungsgestaltung wurde mehr Aufmerksamkeit gewidmet (z. B. Hanich und Ullrich, 1984, 1986). Die pflegerische Expertise wuchs und

wurde in, z. T. wissenschaftlich geprüften, pflegetheoretischen Konzepten und Modellen verankert (Friesacher, 2006). Gleichwohl zeigt sich bis heute in den Kursinhalten eine starke medizinisch-technische und an Funktionen ausgerichtete Orientierung, d. h. es steht eher die Ausführung von Einzeltätigkeiten und weniger ein (pflege-)prozessorientiertes Handeln im Mittelpunkt (Stemmer und Böhme, 2008).

Auffallend ist, dass pflegewissenschaftliche Entwicklungen bislang auf die Intensivpflege fokussiert sind. Thematisiert werden dabei v. a. kommunikative, taktile, aktivierend-rehabilitative und ethisch-moralische Dimensionen (z. B. Zegelin Hrsg., 2004; Nagl-Cupal, 2009). Zunehmend gewinnen auch Fragen zur Funktion der (Medizin-)Technik im pflegerischen Handeln an Bedeutung (Hülsken-Giesler, 2010a)¹¹.

Publizierte Pflegeforschungsarbeiten aus dem engeren Bereich der perioperativen Anästhesiepflege finden sich im deutschen Sprachraum dagegen kaum. Die wenigen Studien befassen sich damit, wie Patienten die unmittelbare präoperative Phase in der Patientenschleuse erleben (Bühlmann, 1997), welche Probleme und Gedanken sie während der OP-Phase ohne Vollnarkose beschäftigen und wie sie die pflegerische Betreuung in dieser Phase erleben (Bühlmann und Käppeli, 1999).

Daneben finden sich einige, nicht auf Forschungsarbeiten beruhende, Artikel zum Handlungsfeld der Anästhesiepflege. In ihnen geht es z. B. um die präoperative Zahnprothesenentfernung (Müller-Wolff, 2005), die Bewältigung präoperativer Angst (Gottschalk, 2004), die pflegerische Betreuung spezifischer Patientengruppen, z. B. von Kindern (Horn und Klatthaar, 2003), die Notwendigkeit von Pflegepersonal im Aufwachraum (Pilkowski, 2002) und Aspekte für eine erfolgreiche postoperative Schmerztherapie (Dubb et al., 2006; Stumvoll, 2010). Die Artikel befassen sich zudem mit der Implementierung und Optimierung der Pflegedokumentation (Heckmair und Teichert, 2006; Röttger, 2008), setzen sich mit Fragen des Risikomanagements in den Bereichen Anästhesie und OP auseinander (Kaufmann, 2003, Welk, 2009) oder betrachten den Einarbeitungsprozess von Anästhesiepflegepersonal (Jordan und Brauner, 2008).

International finden sich etwas mehr Forschungsarbeiten zur Anästhesiepflege. Aufgegriffen werden hier Themen wie die Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit der perioperativen pflegerisch-anästhesiologischen Versorgung (Bell et al., 2004), der Umgang mit Angst und die Gesprächsführung mit Patienten während OPs in Lokal- oder Regionalanästhesie (Haugen et al., 2009; Lindwall et al., 2003). Es finden sich Untersuchungen zur Zusammenarbeit von Mitarbeitern unterschiedlicher Qualifikationsstufen sowie zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal und zu ihrer Arbeitszufriedenheit und -belastung (Alves, 2005; Perry, 2005; Arakelian et al., 2008; Coe and Gould, 2008; Kluger and Bryant, 2008; Smith et al., 2008; Taylor, 2009). Zudem gibt es Studien zum Rollen- und Aufgabenverständnis von Anästhesiepflegepersonen (Shumway and Del Risco, 2000; Wren, 2001; Larsson Mauleon and Ekman, 2002) sowie zu Fragen der Weiterentwicklung ihrer Qualifizierungsprogramme (z. B. Henrichs et al., 2002; Elisha, 2008).

¹¹ Publizierte deutschsprachige Forschungsarbeiten zur Intensivpflege thematisieren insb. das Erleben von Patienten (Roth-Isigkeit, 2001; Besendorfer, 2002) sowie die Erwartungen von Angehörigen auf Intensivstationen (Kuhlmann, 2004; Nagl-Cupal und Schnepf, 2010; Spitz-Köberich et al., 2010), die Auswirkungen von Lärm auf Patienten und Personal (Schrader und Schrader, 2001), Assessmentverfahren u. a. zur Dekubitusprophylaxe (Compton et al., 2008), zum Schmerzmanagement (Jeitziner und Schwendimann, 2006), zur Einschätzung der Sedierungstiefe beatmeter Patienten (Schäfer et al., 2009) und zur Beatmungsentwöhnung (Gaidys, 2007). Sie befassen sich mit spezifischen Pflegeproblemen wie Schlafstörungen (Pinkert, 2001), thematisieren Informations- und Schulungsbedarfe von Intensivpatienten (Weibel et al., 2009) oder die interdisziplinäre Kommunikation auf Intensivstationen (Knoll und Lendner, 2008).

Weitere Studien befassen sich mit der Übergabe des Patienten aus dem OP in den Aufwachraum (Smith et al., 2008) und der dortigen Versorgung (Cohen et al., 1999; Prowse and Lyne, 2000). Dabei geht es z. B. um den Einfluss von Lärm auf das Patientenbefinden (Allaouchiche et al., 2002) und auch um die Frage, ob es sich bei der Patientenversorgung im Aufwachraum um Pflege i. e. S. handelt (Allvin et al., 2007). Mehrere Arbeiten untersuchen das, von unterschiedlich qualifizierten Personen sowie im interdisziplinären Team umgesetzte, postoperative Schmerzmanagement (Stromberg et al., 2003; Hartog et al., 2010). Schließlich finden sich noch Studien zur klinischen Entscheidungsfindung und zum konkreten Handeln in kritischen perioperativen Situationen (Kremer et al., 2002; Temple et al., 2005).

Die verhältnismäßig geringe Zahl pflegewissenschaftlicher Studien zu anästhesiespezifischen Themen provoziert die Annahme, dass das Pflegepersonal im Anästhesie-Funktionsdienst kaum oder nicht mit „Pflegeaufgaben“ i. e. S. betraut ist (Uhl, 1996; Vodisek, 2005; Boonen und Darmann, 2004). Diese These lässt sich durch die Analyse der Stellenbeschreibung und des Tätigkeitskatalogs für Pflegefachkräfte im Bereich Anästhesie der DGF (2002a,b) und nach der Sichtung weiterer Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen (z. B. Gruber et al., 2000; Roßbauer und Neiheiser, 2010) sowie curricularer Grundlagen zur Umsetzung der Fachweiterbildung auf der Ebene der Bundesländer nicht hinlänglich widerlegen. Insbesondere deren Reflektion vor dem Hintergrund der einschlägigen aktuellen Definitionen offizieller Gremien (z. B. Spichiger et al., 2006; ICN, 2010) lässt allenfalls mit wohlwollendem Blick gewisse Übereinstimmungen des Handelns von Anästhesiepflegenden mit den Merkmalen allgemeiner beruflicher bzw. professioneller Pflegearbeit erkennen.

Auffallend ist auch, dass neben der Varianz der Bezeichnungen der Fachweiterbildungabschlüsse auf Bundesländerebene, der Begriff „Pflege“ im Zusammenhang mit dem Anästhesie-FD die Ausnahme darstellt. Nur in Niedersachsen wird von „Intensiv- und Anästhesiepflege“ gesprochen (Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen, 2002:§1). In den meisten Bundesländern endet der Titel auf „Intensivpflege und Anästhesie“, wobei mit der optionalen Aufteilung der Kurse in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein beide Teilqualifikationen – „Intensivpflege“ und „Anästhesiepflege“ den Begriff „Pflege“ im Titel führen (WBluAVO, 2008:§1; Universitätsklinikum Ulm, 2010a,b). In Rheinland-Pfalz wird nur von „Intensivpflege“ gesprochen, wobei die Anästhesie(pflege) inbegriffen ist (GFBWBGDVO, 1998:§13). In Berlin, Bremen und Hamburg bleibt der Pflegebegriff ganz außen vor. Hier heisst es „Anästhesie und Intensivmedizin“ oder „Intensivmedizin und Anästhesie“ (IntMedKrPfWVO, 1985:§12).

Zu erwähnen ist gleichfalls, dass in den für die I&A-FWB genutzten Lehr- und Fachbüchern, die einschlägigen Anästhesie-Kapitel den deutlich geringeren Umfang einnehmen (z. B. Latasch und Knipfer Hrsg., 2004; Larsen, 2007). Im auflagenstärksten Werk heisst es dabei im Klappentext: „Orientiert an den Inhalten der Weiterbildungsverordnungen 80% Intensiv + 20% Anästhesie“. (Ullrich et al. Hrsg., 2010)

Dies veranlasst zu zwei Vermutungen. Zum Ersten kann dieser Fakt ein Indiz dafür sein, dass der notwendige Umfang an spezifischer fachlicher Vertiefung für den Anästhesie-Funktionsdienst geringer ist als für die Intensivpflege. Zum Zweiten kann mit Blick auf vergleichbare Bildungsgänge in anderen Ländern

(s. Kap. 2.2.4) angenommen werden, dass die Kompetenzen, die Pflegende in diesem Handlungsfeld entfalten und in die Patientenversorgung einbringen könn(t)en, hierzulande nicht umfassend herausgebildet und genutzt werden (Windels-Buhr et al., 2000; Kiefer, 2006).

2.2.3 Trends in den Qualifizierungen für die Anästhesie(pflege)

Obgleich die I&A-Fachweiterbildung als Entwicklungsmotor allgemeinen Zuspruch erfährt und geschätzt wird (Stolecki, 2003), finden sich seit langem auch kritische Anmerkungen dazu (Stolecki und Mayer, 1996). So ist unklar, welchen konkreten Beitrag die FWB zur Verbesserung der Versorgungsqualität leistet (Lange et al., 1994; Meyer und Ullrich 1994; Stolecki, 2000). Es wird auch angezweifelt, ob die bisherigen FWB-Konzepte adäquat in der Lage sind, jene Handlungskompetenz zu vermitteln, die den gestiegenen, v. a. technikinduzierten Qualifikationsanforderungen und der Differenzierung des dafür notwendigen Wissens und Könnens der Fachkräfte gerecht werden (Grühn, 1999; Kramer, 2000; Balsing, 2008).

Deshalb wurden in den vergangenen Jahren diverse Modellprojekte (z. B. Boonen und Darmann, 2004) und in einigen Bundesländern, z. B. in Nordrhein-Westfalen (WeiVIAPfl, 2008), Aktualisierungen der FWB-Regelungen vorgenommen. Sie greifen inhaltliche Neuerungen und didaktische Gestaltungsprinzipien, wie die Modularisierung, die Lernfeld- und Kompetenzorientierung sowie die Umsetzung des problem- und fallbezogenen Lernens auf (Grünewald et al., 2010) (s. auch 2.3.3).

Inzwischen wird dabei auch von der Vereinbarung abgewichen, die DKG-Empfehlungen als Mindeststandard für die Gestaltung der FWB auf Bundesländerebene umzusetzen (s. 2.2.1). Anstelle der breit angelegten I&A-Kurse werden an zunehmend mehr Orten Teilqualifizierungen umgesetzt (DBR Hrsg., 2007; Balsing, 2008; Neubauer, 2008). So kann in Baden-Württemberg (Universitätsklinikum Ulm, 2010a,b) und in Schleswig-Holstein (WBluAVO, 2008) in weniger als 720 Unterrichtsstunden ein staatlich anerkannter Abschluss für „Intensivpflege“ oder für „Anästhesie“ erworben werden.

Daneben bieten unabhängig von den Bundesländer-Regelungen einige Kliniken innerhalb des eigenen Hauses oder Klinikverbundes geltende Teilqualifizierungen für die „Intensivpflege“ und/oder für die „Anästhesie(pflege)“ an. Eine darüber hinausgehende Anerkennung ist nicht gesichert. Ein Beispiel hierfür ist das Zertifikat „Intensivpflege VPU“ für das Belegen ausgewiesener Module aus der „Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für die Weiterbildungen Intensivpflege, Pädiatrische Intensivpflege und Anästhesiepflege auf der Basis von Modulen“ des Verbandes der PflegedirektorInnen der Universitätsklinika Deutschlands (VPU) (MHH, 2010).

Trotz des mehrfach formulierten Anspruchs, auf die Vergleichbarkeit und gegenseitige Anerkennung der Qualifizierungen innerhalb Europas hinzuarbeiten, finden sich dabei in den einschlägigen Unterlagen der Bundesländer und Kliniken keine direkten Bezüge zu den auf der EU-Ebene der WHO erarbeiteten Curricula für „Critical Care Nursing“ und „Anaesthetic Nursing“ (WHO-Europe Ed., 2003a,b), die mit empfehlendem Charakter als Basis für die Konzeption länderspezifischer Qualifikationen dienen sollen.

Weitere Trends in den Qualifizierungen für die Anästhesie (und Intensivpflege) sind Modelle zur Kombination einer Pflegeausbildung mit einer sofort daran anschließenden einjährigen, fachlich einschlägigen Weiterqualifizierung (Erbe, 2010) sowie das in der vorliegenden Arbeit thematisierte Erproben einer grundständigen, medizinisch-technisch orientierten Berufsausbildung (Blum et al., 2011). Diese beiden Trends zielen primär auf die Sicherung des quantitativen Personalbedarfs zur Erfüllung jener Aufgaben und Tätigkeiten, die bislang von Pflegenden (mit oder ohne Fachweiterbildung) übernommen wurden.

Darüber hinaus werden auch die Intensivpflege und die Anästhesie von der zunehmend lauter diskutierten Übernahme von Aufgaben tangiert, die bisher in Deutschland Ärzten zugeordnet sind. Diese Diskussionen zielen auf eine Erweiterung der Handlungskompetenz von Pflegenden und auf die damit notwendige Schaffung entsprechender Qualifizierungsangebote (Kiefer, 2006; SVR, 2007; Offermanns und Bergmann, 2008; Stemmer und Böhme, 2008; Blum und Löffler, 2010; Blum et al., 2011).

Konkret geht es im Feld der Anästhesie v. a. um die eigenverantwortliche Überwachung von Allgemeinanästhesien („Narkosen“) sowie um die Übernahme weitergehender anästhesiologischer Aufgaben in der präoperativen Patientenaufklärung, in der postoperativen Überwachung und im Schmerzmanagement; ein in anderen Ländern oft historisch gewachsenes Selbstverständnis (Kettler und Radke, 2005) (s. auch 2.2.4).

Diese Debatten werden nicht zuletzt durch den – wenngleich relativen¹², aber nicht zu ignorierenden – wachsenden (Fach-)Ärztemangel in der Anästhesiologie befördert. Auf diesen wird zunehmend nachdrücklicher verwiesen (z. B. Boldt, 2003; Junger und Hempelmann, 2003; Knichwitz und Wenning, 2009; Welker et al., 2010). Mit 20% der offenen Stellen in den Krankenhäusern war die Anästhesie bereits 2006 überrepräsentiert (Blum et al., 2006). Um personelle Engpässe zu überbrücken, sind immer mehr Häuser auf kostenintensive und im Hinblick auf die Qualität der Patientenversorgung umstrittene, selbstständig tätige Honorar- oder Leihärzte angewiesen (Mayer und Dietrich, 2010).

¹² Es ist, wie für eine Reihe anderer Fachbereiche auch, von einem relativen Mangel an Fachärzten für die Anästhesiologie in den Krankenhäusern auszugehen. Objektiv ist ihre Zahl so hoch, wie nie zuvor. Zwischen 2001 und 2010 stieg sie um 18,4% (destatis, 2003, 2011b). Dabei wurden zeitweise – für die Jahre 2004 bis 2007 berichtet – bis zu viermal mehr Fachärzte ausgebildet, als jährlich ausschieden (Knichwitz und Wenning, 2009). Dennoch ergibt sich ein Defizit mit zunehmend mehr offenen Stellen für Anästhesisten (ebd).

Ein Grund dafür liegt im sehr hohen Frauenanteil von derzeit 38,4% an den Fachärzten für Anästhesiologie (destatis, 2011b). Dieser Anteil wird weiter steigen. So waren unter den Assistenzärzten im Jahr 2010 Frauen bereits mit 51,3% vertreten; so viele wie nie zuvor. Frauen tragen dabei wesentlich zu der bisher unter (Fach-)Ärzten als sehr hoch zu werten den Teilzeitbeschäftigtequote in der Anästhesiologie von 28,8% bei (Knichwitz und Wenning, 2009; destatis, 2011b). Weitere Gründe liegen in den, mit der allgemeinen demografischen Alterung der Belegschaft, größer werdenden Ausfallzeiten älterer sowie in der steigenden Zahl sog. leistungsgewandelter Mitarbeiter, d. h. von Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit (Adenauer, 2004). Diese bedingen eine eingeschränkte Personaleinsatzflexibilität. Es werden mehr Anästhesisten benötigt, um den ordnungsgemäßen Klinikbetrieb sicher zu stellen. Eine einfache Personalkalkulation über Vollzeitäquivalente ist kaum möglich (Schmidt et al., 2011a).

Hinzu kommen zunehmend mehr junge Mitarbeiter mit Einstellungen zu Beruf und Leben, die differenzierte Herausforderungen an die Führung der Krankenhäuser bzw. hier der anästhesiologischen Abteilungen stellen (= sog. „Generation Y – Leben beim Arbeiten“) (Schmidt et al., 2011b). Zugleich besteht die Sorge, dass die Anästhesiologie in der Konkurrenz mit anderen Fachgebieten, nicht in ausreichender Zahl von potenziellen Nachwuchskräften für attraktiv befunden wird (Ortwein et al., 2007; Knichwitz und Wenning, 2009; Landauer, 2009; Pasch, 2010; Welker et al., 2010).

Darüber hinaus wird ab dem Jahr 2017 mit einer Ruhestandswelle gerechnet, in deren Folge der jährliche Zugang an jungen Medizinern den Abgang nicht mehr decken kann (Knichwitz und Wenning, 2009).

In der Übernahme weitergehender anästhesiologischer Aufgaben durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter wird ein Mittel gesehen, um das wachsende Defizit an Ärzten, wenn nicht zu lösen, so doch zumindest zu lindern (z. B. SVR, 2007, 2009).

Eine Reaktion hierauf stellt die Einrichtung von Studiengängen für **Physician Assistants** (PAs) und **Nurse Practitioners** (NPs) (auch: Advanced Nurse Practitioners) dar, die gleichfalls als ein zentraler Trend in den Qualifizierungen für die Anästhesie(pflege) zu charakterisieren sind.

Beide Gruppen übernehmen Aufgaben in Diagnostik, Behandlung und in der sonstigen Patientenbegleitung, die bislang, zumindest formal, hierzulande Ärzten zugeordnet sind. Die beiden, international meist auf Masterniveau angesiedelten, Qualifikationsprofile unterscheiden sich im Grad ihrer Handlungsautonomie und in den zugrunde liegenden theoretischen Modellen.

Physician Assistants (PAs) führen ihre Aufgaben i. d. R. unter der Supervision eines Arztes aus. Ihr Handeln gründet sich auf einem medizinischen Denkmodell und ihr Kontakt zum Arzt ist im Allgemeinen enger als der von Nurse Practitioners (NPs). Dabei dürfen sie dennoch einen Teil an diagnostischen Tests und Therapien autonom anordnen und ausführen (Hamric et al., 2004; SVR, 2007).

Nurse Practitioners (NPs) agieren i. S. einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis weitgehend eigenständig. Ihr Handeln fußt auf einem pflegerischen Verständnis bzw. Modell (ICN, 2008a). Sie übernehmen sowohl Aufgaben, die von einer bestehenden anderen Profession, z. B. der ärztlichen, nicht (mehr) hinreichend wahrgenommen werden können, als auch solche Aufgaben, die durch gesellschaftliche Veränderungen, z. B. durch den demografischen Wandel, neu entstanden sind (Kuhlmey et al., 2011).

NPs zeichnen sich dabei im Verständnis des International Council of Nurses (ICN) im Idealfall durch Expertenwissen und Know-how in einem spezifischen Pflegebereich aus. Sie verfügen über Fähigkeiten, Andere zu führen und fachlich zu befähigen. NPs agieren aktiv innerhalb interdisziplinärer Teams und werden z. B. von Kollegen in komplexen Pflegesituationen konsultierend hinzugezogen. Sie verfügen über Entscheidungsfindungskompetenz sowie über Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten, die sie zur Verbesserung der Pflege einsetzen (Hamric et al., 2004; ICN, 2008a; Schober und Affara, 2008). Angesiedelt zwischen „Fachpflege und Medizin“ (Notz, 2010) sind die Grenzen zwischen den beiden Konzepten fließend und mit zahlreichen, z. T. widersprüchlichen, Bezeichnungen und Rollenbeschreibungen verbunden. So stehen Nurse Practitioner (NP) (bzw. auch: Advanced Practice Nurse (APN)) als Sammelbegriffe für z. B. Clinical Nurse Practitioner (CNP), Consultant Nurse oder Higher Level Practitioner (SVR, 2007; ICN, 2008b). Von den fließenden Grenzen zwischen den beiden Konzepten zeugen auch die Beschreibungen der ersten dahingehenden deutschen Studienangebote¹³ und die international in der Anästhesie(pflege) zu findenden Qualifikationsprofile (s. 2.2.4).

¹³ Es sind v. a. mehrere private Klinikbetreiber, die die Etablierung solcher Studiengänge vorantreiben. Die Studienangebote an bislang gleichfalls privaten Hochschulen, bereiten Pflegende und z. T. auch andere Gesundheitsberufsangehörige in zwei- bis dreijährigen berufsbegleitenden Bachelorprogrammen zur Übernahme erweiterter Aufgaben vor. Das sind, häufig mit Verweis auf entsprechende Berufsbilder in anderen Ländern (z. B. Clade, 2008; Ulrich, 2006; Boucsein, 2010), bislang Angebote in der Chirurgieassistenz und in der Intensivmedizin/-pflege (Notz 2010) sowie seit dem Frühjahr 2011 für die Felder Notfallambulanz, Dialyse und Funktionsdiagnostik (MHR, 2011). Auch für die Anästhesiologie/Anästhesiepflege besteht seit 2010 ein Studienangebot (Renken-Olthoff, 2010).

Von der Schaffung akademischer pflegerischer Weiterbildungsstrukturen, wie z. B. für die Anästhesie, wird neben der Begegnung des Ärztemangels und des Kostendrucks zugleich in mehrerlei Hinsicht auch eine Stärkung der Berufsgruppe der Pflegenden erwartet. So belegen die Ergebnisse internationaler Studien, dass akademisch qualifizierte Pflegende eine hohe Identifikation mit ihren Aufgaben, einschließlich der entsprechenden Verantwortungsübernahme für ihr Handeln und damit zugleich ein höheres Maß an professionellem Verhalten zeigen (z. B. Adams and Miller, 2001).

Eine höhere Dichte an akademisch qualifizierten Pflegenden lässt eine sicherere und effektivere Gesundheitsversorgung erwarten (Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002; Numuta et al., 2006). Zudem kann ein akademisches Abschlussniveau der Fachpflegenden eine veränderte Wahrnehmung und Anerkennung der Pflege in der Bevölkerung sowie von Seiten anderer Berufsgruppen, insbesondere von Seiten der ärztlichen Kollegen, bewirken (Müller-Wolff, 2010).

Diverse Studien belegen für entsprechend qualifizierte Pflegende eine höhere Berufs- und Arbeitsplatzzufriedenheit, die wiederum eine längere Berufsverweildauer annehmen lässt (Aiken et al., 2002). Zugleich kann die Eröffnung akademischer Entwicklungspfade den Pflegeberuf für eine größere Bewerberzahl attraktiv machen und so zur Sicherstellung des Fachkräftenachwuchses beitragen (s. 2.1.2).

Neben diesen Entwicklungen mehren sich in den letzten Jahren zudem Forderungen nach einem multi-professionellen Konzept für den Anästhesie- und den OP-Funktionsbereich (Kiefer, 2006; Liehn et al., 2006). Während sich die beiden Felder in den letzten ca. 50 Jahren neben- und voneinander weg entwickelt haben, schien diese Abgrenzung bis zur Mitte der 1990er Jahre nachvollziehbar. Heute wird sie im Interesse reibungsarmer Abläufe und zur Senkung von Schnittstellenproblemen für veränderungsbedürftig befunden (Ulrich, 2005; Lien et al., 2006; Busse, 2010).

Die aufgezeigten Tendenzen werden voraussichtlich zu einer signifikanten (Weiter-)Entwicklung und Transformation der Qualifikationswege und -profile der nichtärztlichen Mitarbeiter im Anästhesie-Funktionsdienst hierzulande führen. Diese Erwartung lässt sich mit Blick auf entsprechende, zeitlich vorangegangene, unterschiedlich weitreichend abgelaufene Prozesse in anderen Ländern untermauern. In deren Ergebnis stellt sich das dort zu findende Bild an Qualifikations- und Teamstrukturen in der Anästhesie heterogen dar. Dieses wird im folgenden Kapitel umrissen.

2.2.4 Qualifizierungswege und Kompetenzprofile in der Anästhesie(pflege) international

Eine aktuelle Umfrage zur Handlungspraxis in der Anästhesie in 31 EU-Staaten zeigt, dass jedes Land eigene Muster an nichtärztlichen Mitarbeitern in den Anästhesie-Teams aufweist. Deren Rollen, v. a. was die Breite ihrer Aufgaben und den Grad an eigenständigem Handeln betrifft, unterscheiden sich dabei deutlich. Ähnlich variabel sind die Inhalte und Umfänge der Ausbildungsprogramme (Meeusen et al., 2010). Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen Egger Halbeis et al. (2007) in einer europaweiten Befragung zur Qualifizierung und zu den Aufgaben von Anästhesisten. Dabei bestehen selbst innerhalb einzelner Länder mitunter deutliche Unterschiede, was z. B. für Frankreich, Italien und die Schweiz be-

schrieben wird (Scherpereel and Sondore, 2002; Siegfried, 2004; Meussen et al., 2010). Bei allen Unterschieden sind gleichwohl grob vier Typen von nichtärztlichen Mitarbeitern unterscheidbar (s. Tab. 1).

Dabei finden sich zunächst Personen mit einer Pflegeausbildung, die meist eine ergänzende Qualifizierung („Weiterbildung“) für diesen Bereich aufweisen. Neben ihnen oder an ihrer Stelle gibt es in einigen Ländern Mitarbeiter, die statt eines Pflegeabschlusses eine medizinisch-technisch orientierte, i. d. R. zweibis dreijährige Ausbildung für den Einsatz in diesem Handlungsfeld durchlaufen haben. Sie finden sich z. B. unter den Bezeichnungen „Operating Department Practitioner (ODP)“ in Großbritannien und „Anesthesiemedewerker“ in den Niederlanden. Diese spezifisch qualifizierten Personen ohne Pflegeabschluss werden international – so auch bei Meussen et al. (2010), wenngleich nicht korrekt – mit unter der Bezeichnung „nurse“ (= „Krankenschwester/-pfleger“) geführt.

Entsprechend der Reichweite der Kompetenzen werden dann weiter unterschieden Anaesthetic Nurses, Nurse Anaesthetists, Anaesthesia Physician Assistants und Anaesthesia Support Workers (s. Tab. 1).

Tab. 1: Nichtärztliches Anästhesie-Personal in Europa (mod. nach Meussen et al., 2010; IFNA, 2011)

Personaltyp	Länderbeispiele
1) Anaesthetic Nurses (ANs), auch: Circulation Nurses	<ul style="list-style-type: none"> - Belgien, Deutschland, Finnland, Irland, Italien, Lettland, Malta, Österreich, Portugal, Rumänien, Spanien, Zypern → auf der Basis einer Pflegeausbildung - Griechenland, Großbritannien → auf der Basis einer Pflegeausbildung und zunehmend häufiger als spezifische, nicht-pflegerische Ausbildung speziell für diesen Bereich, z. B. unter der Bezeichnung „Operating Department Practitioner (ODP)“ in Großbritannien
2) Nurse Anaesthetists (NAs)	<ul style="list-style-type: none"> - Bulgarien, Dänemark, Estland, Frankreich, Island, Litauen, Luxemburg, Norwegen, Polen, Schweden, Schweiz, Slowakei, Tschechien, Ungarn → auf der Basis einer Pflegeausbildung - Niederlande → Ausbildung als „Anesthesiemedewerker“
3) Anaesthesia Physician Assistants (APAs)	<ul style="list-style-type: none"> - Großbritannien → als Weiterqualifizierung für „Operating Department Practitioners“ (s. o.) - Schweiz → als Weiterqualifizierung für Gesundheitsberufsangehörige, die keine Pflegeausbildung absolviert haben
4) Anaesthesia Support Workers¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - Großbritannien, Irland, Schweden → im Arbeitsprozess angelerntes Personal - Türkei → Helferausbildung mit theoretischen und praktischen Anteilen

1) **Anaesthetic Nurses (ANs)** (auch: Circulation Nurses) sind i. d. R. Personen mit einer Pflegeausbildung und einer ergänzenden Qualifizierung. Sie assistieren Anästhesisten bei der Vorbereitung, Durchführung und Überwachung der Anästhesie und bei der Betreuung der Patienten. Sie führen keine Narkosen durch (WHO Europe Ed., 2003b; AnIVa and SSF, 2008).

Das trifft z. B. auf die Pflegenden mit einem Fachweiterbildungsabschluss „Intensivpflege & Anästhesie“ in Deutschland zu. In einigen Ländern sind die ANs daneben auch für weitere Tätigkeiten im OP, insb.

¹⁴ Um Verwechslungen und Missverständnisse zu umgehen, wurde hier eine Änderung der bei Meussen et al. (2010) genutzten Bezeichnung „Anaesthesia Technician“ in „Anaesthesia Support Workers“ vorgenommen.

Meussen et al. (2010) meinen mit „Anaesthesia Technicians“ gering qualifiziertes Hilfs-/Assistenzpersonal (= „support workers“). Unter der sehr ähnlichen Bezeichnung „Anaesthetic Technicians“ arbeiten in Australien und Neuseeland Pflegefachkräfte oder spezifisch für die Anästhesie dreijährig ausgebildete Mitarbeiter (Kluger and Bryant, 2008), also keinesfalls Personen mit Hilfspersonalstatus. Diese sind ähnlich als „Anesthesiology Assistants“ auch in den USA zu finden (Vickers, 2002). Zudem lässt sich der Begriff „technician“ mit „Techniker“ übersetzen, womit die Assoziation und Verwechslungsgefahr zu den deutschen Bezeichnungen „Medizinisch-technische Assistenz“ – hier insb. zur „Anästhesie-technischen Assistenz“ – nahe liegt, hinter denen gleichfalls dreijährige Fachausbildungen stehen (s. dazu 2.2.1 & 2.2.5).

zur Unterstützung von Chirurgen und anderen Fachkräften, zuständig. Meussen et al. (2010) schließen in diese Gruppe auch die Mitarbeiter ein, die anstelle eines Pflegeabschlusses eine Ausbildung spezifisch für dieses Handlungsfeld besitzen, sofern der hier skizzierte Kompetenzaufriss zutrifft. Für Deutschland sind das die seit wenigen Jahren in Modellprojekten ausgebildeten Anästhesietechnischen Assistenten (ATA), die im folgenden Kap. 2.2.5 vorgestellt werden.

2) **Nurse Anaesthetists** (NAs) haben im Vergleich zu Anaesthetic Nurses (ANs) einen umfassenderen Aufgabenbereich. Es handelt sich um Pflegefachkräfte, die eine Weiterqualifikation, i. d. R. auf akademischem Niveau, aufweisen und zur selbstständigen Überwachung von Allgemeinanästhesien für ASA I- und II-Patienten¹⁵ zuständig sind. In den Niederlanden ist es die grundständige (nichtpflegerische) Ausbildung zum „Anesthesiemedewerker“, die zu dieser Rollenübernahme berechtigt (NVAM, 2003, 2008). Je nach Land kann der Aufgabenbereich der NAs bis zur umfänglichen Übernahme von Allgemeinanästhesien, d. h. einschließlich deren Einleitung, Führung/Überwachung sowie Ausleitung reichen (AnIVa and SSF, 2008; Meeussen et al., 2010). Hinzu kommen in einigen Ländern Aufgaben im präoperativen Assessment für ASA I- und II-Patienten, die Durchführung einiger Regionalanästhesieverfahren sowie von Sedierungen unter Monitoringbedingungen bei diagnostischen Verfahren, wie z. B. bei Endoskopien (Meussen et al., 2010).

Nurse Anaesthetists dürfen dabei in den europäischen Ländern, im Gegensatz zu den USA, ausschließlich unter der Verantwortung eines Anästhesisten agieren (Clergue, 2010; ESA, 2010). Dieser Anspruch wird vielfach als indirekte Supervision umgesetzt. Das bedeutet, dass der Anästhesist nicht ununterbrochen bei einem anästhesisierten Patienten bleibt, sondern nur die Pflegeperson mit dem Status „Nurse Anaesthetist“. Der Anästhesist betreut dabei zeitgleich mehrere Anästhesieverfahren (= sog. Parallelnarkosen- oder auch Zwei-/Drei-Tisch-Konzept) (Flintrop, 2007). In kritischen Situationen muss er von der NA umgehend erreichbar sein (Meussen et al., 2010).

Eine solche Praxis ist in Deutschland nicht erlaubt. Gleichwohl finden sich Umschreibungen oder offen formulierte Verweise und Reaktionen darauf, dass aus Kostengründen und/oder Personalmangel auch in zahlreichen deutschen Kliniken bisweilen oder regelhaft ebenfalls Aufgabenübertragungen umgesetzt werden, die dem o. g. Konzept gleichen und damit den hierzulande definierten medizinischen Standards und der augenblicklichen Rechtslage widersprechen (z. B. Dudziak und Van Aken, 2007; Andreas, 2008; Landauer, 2008; Schulte-Sasse, 2009; Schüttler und Van Aken, 2009; Ulsenheimer und Biermann, 2007; Ulsenheimer, 2009; Van Aken, 2009).

Im Gegensatz zu Deutschland ist die Verfahrensweise, dass Pflegende Narkosen verabreichen und einen Großteil der Anästhesieversorgung sicher stellen, in Europa häufig anzutreffen und darüber hinaus ebenfalls dominierend (McAuliffe and Henry, 1998). In einigen Ländern wurde dieses Verfahren seit Beginn der Anästhesie ununterbrochen so gehandhabt; in anderen setzte es sich nach einer Phase, in der diese

¹⁵ ASA steht für die Klassifikation der American Society of Anesthesiologists zur allgemeinen Einschätzung des individuellen Narkoserisikos eines Patienten. ASA I steht dabei für bis auf den OP-Anlass gesunde Patienten und ASA II für Patienten mit leichter Allgemeinerkrankung ohne Leistungseinschränkung (Liehn et al., 2006).

Aufgaben im ärztlichen Bereich verortet waren, im Zuge der Verknappung ärztlichen Personals und/oder aufgrund ökonomischen Drucks (wieder) durch (Job et al., 2006). Diese Praxis spiegelt sich auch in der Bezeichnung „International Federation of Nurse Anaesthetists (IFNA)“ wider, was wörtlich mit „Internationale Föderation für Krankenschwester-Anästhesisten“ übersetzt werden kann (Bassauer, 2005).

- 3) Als **Anaesthesia Physician Assistants** (APAs) werden bei Meussen et al. (2010) Fachpersonen mit einer grundständigen, jedoch nicht spezifisch pflegerischen Ausbildung zusammengefasst, die eine Weiterqualifikation zur Erweiterung ihrer Kompetenzen durchlaufen haben. Mit dieser dürfen sie, vergleichbar wie die o. g. NAs, je nach Land, unterschiedlich umfangreiche Aufgaben wahrnehmen. Dazu zählen z. B. die britischen Anaesthesia Practitioners (APs), bei denen es sich um weiterqualifizierte Operating Department Practitioners (ODPs) (s. o.) handelt¹⁶ (Greaves et al., 2006; Green and Sebel, 2006).
- 4) In die Gruppe der **Anaesthesia Support Workers** fallen in der Beschreibung von Meussen et al. (2010), schließlich gering qualifizierte Mitarbeiter. Diese übernehmen Hilfsätigkeiten, wie z. B. Patiententransporte, die Vor- und Nachbereitung des OP-Saals und der benötigten Geräte und Materialien. Dabei sind sie i. d. R. nicht in den Anästhesieprozess oder in die Überwachung von Patienten involviert.

Anaesthesia Care Team – Skill- & Grade-Mix für eine sichere Versorgung: In vielen Ländern agieren parallel mehrere der o. g. Personaltypen in den Anästhesie-Teams (vgl. Meussen et al., 2010). Dieser sog. Skill- & Grade-Mix, d. h. die Teamzusammensetzung mit Personen unterschiedlicher Kompetenz- und verschiedener Ausbildungsniveaus, unterliegt einem in den letzten Jahren beschleunigt erscheinenden Wandel. Er ist v. a. von Tendenzen in Richtung einer stärkeren Übertragung von bislang Ärzten zugeordneter Aufgaben, einschließlich der damit verbundenen Verantwortung, an Nurse Anaesthetists (NAs) und Anaesthesia Physician Assistants (APAs) geprägt (Dahmen and Albrecht, 2001; Clergue, 2010).

Beschreibungen dazu finden sich u. a. für Frankreich (Pontone et al., 2004), Großbritannien (Kane and Smith, 2004; Smith, 2005; Green and Sebel, 2006), Schweden und andere skandinavische Länder (Gisvold, 1996; AnIVa and SSF 2008; Søreide et al., 2010), für Belgien (Demeere, 2002) sowie für die Niederlande (Paans, 2003). Diese Entwicklungen werden widersprüchlich diskutiert und stoßen z. T. auf erhebliche Vorbehalte, v. a. bei den ärztlichen Fachverbänden. Sie verweisen darauf, dass die Wegverlagerung von Aufgaben aus dem fachärztlichen Bereich eine erhöhte Patientengefährdung bergen kann (Van Aken, 2001; Gidlow and Ellis, 2003; Smith, 2005; Clergue, 2010). Die internationale Studienlage zu diesem Thema ist diffus¹⁷. Übersichtsarbeiten dazu verbleiben bislang auf der narrativen Ebene (z. B. Abenstein

¹⁶ Operating Department Practitioners (ODPs) erwerben zunächst in einer zweijährigen Ausbildung an einer Universität ein „Diploma in Higher Education (DipHE)“. Mit diesem sind sie i. S. von „Anaesthetic Nurses (ANs)“ tätig. Nach einer mind. zweijährigen Berufstätigkeit können sie sich in aufbauenden Studiengängen für erweiterte Aufgaben qualifizieren. Unter dem Titel „Anaesthesia Practitioner (AP)“ (PCC, 2007) agieren sie dann i. S. der oben beschriebenen „Anaesthesia Physician Assistants“ (HPC, 2008; NHS Careers, 2011).

¹⁷ Das hat mehrere Gründe. Prinzipiell beeinflussen drei zentrale Faktoren die Patientensicherheit: 1) die Schwere der Erkrankung und der Allgemeinzustand des Patienten, 2) der operative Eingriff und 3) die Narkose selbst (SVR, 2007). Die

and Warner, 1996; Smith et al., 2004; AANA Ed., 2009). Eine abschließende Beurteilung der in anderen Ländern üblichen Praxis, etwa der Parallelnarkose im Hinblick auf die Vertretbarkeit für die Patientensicherheit, fehlt (DGAI und BDA Hrsg., 2007a,b).

Das Sachverständigenratsgutachten zur Entwicklung des Gesundheitswesens 2007 hält dahingehend fest, dass aus der Studienlage derzeit zusammenfassend geschlossen werden kann, dass eine Delegation von Narkoseleistungen in bestimmten Phasen – unter Berücksichtigung organisatorischer Voraussetzungen sowie in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau und der Erfahrung des Erbringers der Anästhesieleistungen – gemessen an unterschiedlichen Kriterien¹⁸, zu keiner erhöhten Patientengefährdung führt (SVR, 2007). Im Gutachten wird aus der Studienlage auch abgeleitet, dass die von Anästhesie-Teams erzielten Outcomes hinsichtlich der Qualität der Narkoseversorgung und der Kosten deutlich besser sind als jene, die bei der Leistungserbringung allein durch Anästhesisten oder allein durch nichtärztliche Mitarbeiter erreicht werden (ebd.; s. auch Abenstein and Warner, 1996; Silber et al., 2000, 2002; Pine et al., 2003).

Die internationalen Studien werden dabei jedoch, aufgrund der in den verschiedenen Ländern anderen Ausbildungsvoraussetzungen, Qualifikationsprofile und Teamzusammensetzungen, für nicht ausreichend befunden, um eine abschließende Beurteilung der Aufgabenerweiterung nichtärztlichen Anästhesiepersonals in Deutschland vornehmen zu können. Deshalb wird empfohlen, vor einer breit angelegten Neuordnung der Aufgaben Modellvorhaben durchzuführen, um die Effekte messen zu können (SVR, 2007).

Auffälligkeiten in den Qualifizierungswegen in Europa: Anders als bei der hierzulande bisher üblichen Fachweiterbildung für Intensivpflege & Anästhesie (I&A), sind die (Weiter-)Qualifikationen in den anderen Ländern i. d. R. getrennt, d. h. spezifisch auf die einzelnen Handlungsfelder Anästhesie oder Intensivpflege ausgerichtet. Dabei kann es sein, dass einzelne Module/Teilbereiche für mehrere Fachrichtungen gleich sind. Das trifft z. B. für die sog. Nachdiplomstudiengänge Höhere Fachschule (NDS HF) in Anästhesie, Intensiv- und Notfallpflege in der Schweiz zu. Für die getrennten Weiterbildungen zum diplomierten Fachexperten für Anästhesiepflege, Intensivpflege und Notfallpflege gibt es einen gemeinsamen Rahmenlehrplan mit einem für alle drei Richtungen gleich geltenden Anteil zzgl. von getrennt ausgewiesenen fachspezifischen Modulen (OdASanté, 2009).

Wirkungen dieser drei Faktoren eindeutig zu differenzieren, stellt sich in der Konzeption von Studiendesigns zur Untersuchung der Outcomes in der Anästhesie als schwierig dar (Abenstein and Warner, 1996; Fleisher, 2010). Problematisch ist zudem die Risikoadjustierung. Diese ist jedoch notwendig, wenn als Outcome-Variable etwa die Mortalität bestimmt werden soll, da diese wesentlich von der Schwere der Erkrankung und vom Allgemeinzustand der Patienten beeinflusst wird (SVR, 2007). Da die narkosebedingten Mortalitätsraten im Allgemeinen niedrig sind, ergibt sich als weitere Herausforderung, dass für Studien zur Patientensicherheit bei Narkosen, zur Gewährleistung einer ausreichenden statistischen Power, eine sehr hohe Fallzahl (i. d. R. $n > 1.000.000$) notwendig ist (ebd.; Noordzij et al., 2010).

¹⁸ Das Definieren akzeptierter und aussagekräftiger Outcome-Kriterien stellt sich als Herausforderung dar und ist bislang nicht zufriedenstellend gelöst (Macario et al., 1999; Kremer and Faut-Callaha, 2001; Simonson et al., 2007). Als Beispiele für Outcome-Kriterien zur Beschreibung der Patientensicherheit im Zusammenhang mit Anästhesieverfahren wurden in Studien u. a. genutzt: die Häufigkeit des Auftretens intraoperativer kritischer Ereignisse („incidents“) und das Gelingen, diese zu beheben (Brecking et al., 2000; Silber et al., 2000; Petty et al., 2002; Pine et al., 2003; Smith et al., 2006; Murray et al., 2007; Simonson et al., 2007; Weller et al., 2009), die Mortalitätsrate während der Narkose (Pine et al., 2003), die Rate komatöser Patienten nach Narkosen (Arbous et al., 2005) sowie die postoperative Mortalität (nach 24 Stunden bis hin zu 28 und 30 Tagen) (Silber et al., 1992, 2000, 2002; Arbous et al., 2005; Seshamani et al., 2006; Noordzij et al., 2010).

Anders als in Deutschland ist in zahlreichen Ländern mit der erworbenen Qualifikation eine Verpflichtung zur beruflichen Registrierung, einschließlich der Nachweispflicht zur kontinuierlichen Fortbildung, verbunden. Dies gilt z. B. für Großbritannien (HPC, 2008) und für Schweden (AnIVa and SSF, 2008).

Spezifische grundständige Qualifizierungen für die Anästhesie, wie die in dieser Arbeit untersuchte ATA-Ausbildung, sind in der Minderheit. Flächendeckend etabliert sind sie in Europa lediglich in den Niederlanden und in Großbritannien. In der Schweiz gab es in den 1990er Jahren Versuche, eine solche Ausbildung zu etablieren. Sie setzte sich nicht durch. Derzeit wird überlegt, ob eine Fachqualifikation in der Anästhesie unmittelbar auf die Mitte der 2000er Jahre neu geschaffene Ausbildung der „Fachangestellten Gesundheit (FaGe)“, d. h. auf eine zweijährige Pflegeassistenzausbildung, aufbauen könnte (Buik, 2004b).

Im Zusammenhang mit den grundständigen Ausbildungen für den Anästhesie- und den OP-Funktionsdienst wird in den Niederlanden eine Neuerung erprobt. Dabei besteht seit Mitte der 2000er Jahre die Möglichkeit, in einem integriert angelegten Bachelorstudiengang an einer Hogeschool, nach drei Jahren einen ersten Abschluss als „Operatieassistent“ zu erwerben (HAN, 2011). Dieser entspricht in etwa der deutschen Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten (OTA). Nach einem weiteren Jahr ist der Erwerb eines zweiten Abschlusses als „Anesthesiemedewerker“ möglich (ebd.). Dieser kommt wiederum der deutschen Ausbildung von Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) nahe. Die Kombination einer Basisqualifizierung sowohl für den OP- als auch für den Anästhesie-Funktionsdienst, i. S. einer Operations-Anästhesietechnischen Assistenz (O-ATA) (Ulrich, 2005), wird v. a. für kleine Krankenhäuser für sinnvoll befunden (HAN, 2011). Auf diesen neuen Studiengang aufbauend, sollen in den kommenden Jahren Masterstudiengänge zur Handlungskompetenzerweiterung in den beiden Fachgebieten, d. h. für ein Tätigwerden i. S. von Physician Assistants (PAs) für Aufgaben in der Anästhesie und in der Chirurgie, implementiert werden (ebd.). Diese Praxis ist in Großbritannien mit den Rollen „Anaesthesia Practitioner (AP)“ und „Advanced Scrub Practitioner (ASP)“ (PCC, 2007) bereits etabliert.

2.2.5 Zum Ausbildungskonzept „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“

In Erwartung eines Fachkräftemangels in der Anästhesiepflege, wurde erstmals Mitte der 1990er Jahre eine Ausbildung für die Anästhesietechnische Assistenz (ATA) nach dem Muster der kurz zuvor in Deutschland begonnenen Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) diskutiert (Stolecki, 2007). Gestartet ist die ATA-Ausbildung dann erstmals in Form von Pilotprojekten im Herbst 2004 und im Frühjahr 2005 an den Universitätskliniken Halle (Saale) und Frankfurt am Main.

Das Berufsbild ATA wurde dabei als Alternative zum bisherigen Teil „Anästhesiepflege“ der I&A-Fachweiterbildung konzipiert (s. 2.2.1), wobei eine entsprechende Qualifizierung für die Intensivpflege ausgeklammert blieb (Blum und Grohmann, 2009). Mit dem ATA-Konzept wird die Notwendigkeit einer pflegerischen Primärqualifizierung, d. h. das Vorhandensein einer Kinder-/Krankenpflegeausbildung für die Arbeit im Anästhesie-Funktionsdienst, in Abrede gestellt (ebd.).

Das Ausbildungskonzept zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) kommt dem niederländischen Anesthesiemedewerker nahe (s. dazu van Aar and Capiteijns, 2007; NVAM, 2003, 2008). Es ist nicht iden-

tisch mit dem in die Kritik geratenen Konzept für die „Medizinische Assistenz für Anästhesie (MAfA)“. MAfA bezeichnete innerhalb des HELIOS-Konzerns im Jahr 2004 fortgebildete Pflegekräfte, an die Aufgaben in der Narkoseführung delegiert wurden, die in Deutschland bislang prinzipiell Ärzten zugeordnet sind (Adam, 2005). Damit wurde beim MAfA-Konzept das in vielen anderen Ländern übliche Prinzip der „Parallelnarkosen“ umgesetzt (s. 2.2.4). Nach heftigem Protest sowohl ärztlicher als auch pflegerischer Verbände und einem in den Medien diskutierter Narkosezwischenfall mit Herzstillstand und bleibender Hirnschädigung eines Patienten, wurde das Konzept 2005 eingestellt (Flintrop, 2007, Stolecki, 2007). Für ATA sind dahingehend keine Aufgaben vorgesehen (Spichale, 2010).

In der ATA-Ausbildung wird von den Befürwortern des Konzepts ein Berufsprofil gesehen, das eher medizinisch-technisch als pflegerisch-sorgend interessierte Personen anspricht und das dem Spezialisierungstrend in der Medizin sowie den künftigen Veränderungsprozessen in den Krankenhäusern begegnet (Spichale, 2010). Nicht zuletzt spielen für die Erprobung des ATA-Konzepts auch ökonomische Gründe eine zentrale Rolle (Dielmann, 2008; Brüggemann, 2009). An die Stelle des bisher üblichen siebenjährigen Qualifizierungswegs, bestehend aus einer dreijährigen Pflegeausbildung zzgl. des zweijährigen Sammelns von Berufserfahrung, inklusive sechsmonatiger Anlernphase im Anästhesie-Funktionsdienst und einer zweijährigen, i. d. R. vom Arbeitgeber (mit)finanzierten Fachweiterbildung, tritt eine deutlich kürzere und damit finanziell und organisatorisch rationellere Ausbildung.

Inzwischen findet die ATA-Ausbildung, i. d. R. in gemischten Kursen mit OTA mit Anteilen gemeinsamen Unterrichts (s. Abb. 4), an zunehmend mehr Orten¹⁹ statt. Problematisch an der derzeitigen Ausbildungspraxis von ATA und OTA ist, dass den Ausbildungen in diesen neuen, nicht staatlich anerkannten Berufen eine verbindliche Finanzierungsgrundlage nach §2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG, 1991) fehlt (VPU, 2010; BALK et al., 2011, BAG ATA 2011b). Ausbildungsplätze dafür werden deshalb nicht ergänzend zur Verfügung gestellt, sondern entstehen i. d. R. durch Umwidmung v. a. aus den Kontingenten der Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegeschulen (Dielmann, 2005).

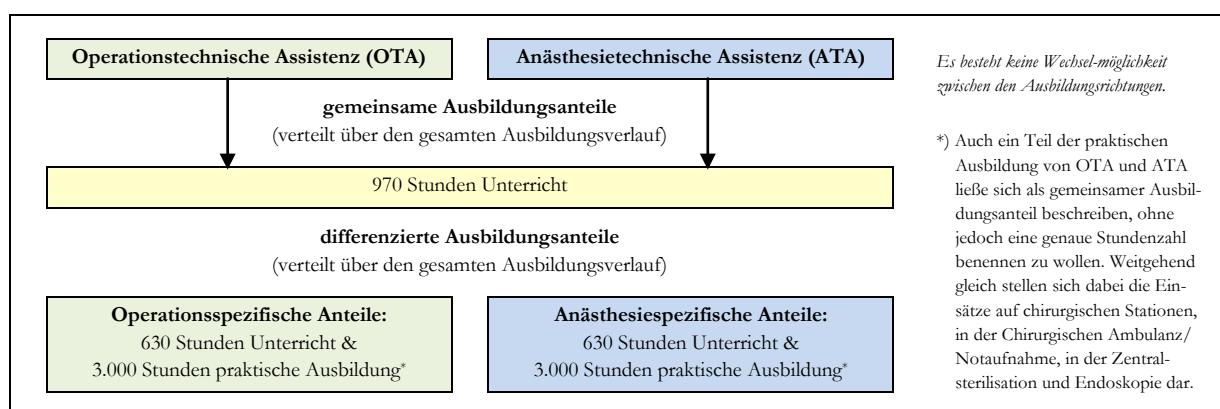


Abb. 4: Integrationskonzept im Modellausbildungsgang für die Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz (mod. nach Spichale, 2007)

¹⁹ Neben den Standorten Halle (Saale) und Frankfurt am Main finden ATA-Ausbildungen inzwischen statt in Chemnitz (2006), Düsseldorf (seit 2007), Tübingen (seit 2007), Merseburg (seit 02/2011), Delmenhorst (seit 04/2011), Rostock (seit 09/2011) und an mehreren Standorten in München (seit 2011) (BAG ATA, 2011a). Weitere Kurse beginnen voraussichtlich in Krefeld (03/2012), Hannover (04/2012), Leer (08/2012), Osnabrück (ca. 2012), Potsdam (10/2012) und Ludwigshafen (ca. 2013) (BAG ATA, 2011b).

Die bisher nicht staatlich anerkannte, dreijährige ATA-Ausbildung setzt einen mittleren oder einen Hauptschulabschluss mit einer erfolgreich beendeten, mind. zweijährigen, Berufsausbildung voraus.

Für die formale und inhaltliche Ausbildungsgestaltung zeichnete sich bisher die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Schulen für Anästhesietechnische Assistenten (BAG ATA)“ verantwortlich. In ihr arbeiten die Träger der Ausbildungen im Interesse des Erfahrungsaustauschs und des vergleichbaren Vorgehens bei der Durchführung und Weiterentwicklung der Ausbildung unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammen. In enger Anlehnung an die DKG-Vorgaben zur Ausbildung von OTA (DKG, 2007) hat die BAG ATA im Jahr 2008 „Normative Grundlagen zur Ausbildung und Prüfung von Anästhesietechnischen Assistenten“ verabschiedet (BAG ATA, 2008).

Diese sehen mind. 1.600 Stunden theoretischen und fachpraktischen Unterricht sowie 3.000 Stunden praktische Ausbildung vor. Dabei kann die Ausbildung für Kinder-/Krankenpfleger um zwölf und für Medizinische Fachangestellte um sechs Monate verkürzt werden, wenn eine Tätigkeit von mind. sechs Monaten in der Anästhesie nachgewiesen wird (UKH, 2011).

Die Mitglieder der BAG ATA verpflichten sich, diese Grundlagen einheitlich umzusetzen. Zudem strebten sie die Anerkennung der ATA-Ausbildung zunächst durch die DKG analog zur OTA-Ausbildung an. Dieser Schritt war im Herbst 2011 mit der Verabschiedung der „DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten“ (DKG, 2011) erreicht. Das fernere Ziel, sowohl der BAG ATA als auch der DKG, ist nun eine bundesgesetzlich geregelte staatliche Anerkennung der Ausbildungen (Spichale, 2010).

Die Betrachtung der ATA-Ausbildungsinhalte (Spichale, 2007) zeigt, dass diese umfassender ausfallen in Bezug auf das unmittelbare Tätigkeitsfeld Anästhesie, als in der I&A-Fachweiterbildung. Unter Einbezug der praktischen Ausbildung weisen sie ein breiter gefächertes Spektrum auf als die DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für diesen Bereich. Einen allgemeinen Überblick darüber vermittelt Anhang A.

Abwartende Haltung ärztlicher Berufsverbände: Die ärztlichen Berufsverbände nehmen in der Diskussionen zur Entwicklung neuer Aus- und Weiterbildungskonzepte für nichtärztliche Mitarbeiter in der Anästhesie sowie zur Aufgabenübertragung an diese, eine eher distanzierte bis abwartende Haltung ein. Dabei untermauern sie z. T. den Status quo. Hierzu erarbeiten und erneuern sie „mit Experten aus Medizin, Rechtssprechung, Versicherungswirtschaft und Krankenhausmanagement“ (Van Aken, 2009) und unter Hinzuziehung ausgewählter, nicht jedoch systematisch erschlossener externer Evidenz, diverse Stellungnahmen, die der Delegation anästhesiologischer Leistungen an nichtärztliches Personal enge Grenzen setzen (BDA Hrsg., 1989; DGAI und BDA, 2004, 2007a,b, 2009). In diesen Stellungnahmen halten sie u. a. fest, dass „[...] keine Gründe ausgemacht werden [können], die eine Revision der bisherigen Praxis erforderlich [machten]“ (Van Aken, 2009) und sie weiteren Diskussionen „mit deutlich gefestigten Positionen“ entgegensehen (Schüttler, 2007).

Zudem distanzieren sie sich von einer Mitverantwortungsübernahme für die Weiterentwicklung der o. g. Qualifizierungskonzepte. So finden sich z. B. in der gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten

(BDA) zum Konzept der Parallelnarkose, der sog. „Münsteraner Erklärung“ (DGAI und BDA, 2004) und ihrer Erneuerung (= „Münsteraner Erklärung II“) (DGAI und BDA, 2007a) dahingehend Aussagen, dass von „[den ärztlichen Berufsverbänden] weder zu entscheiden [ist], ob die Implementierung eines Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) [...] ökonomisch vorteilhaft und berufsbildungspolitisch sinnvoll, noch ob die Weiterqualifizierung von Fachpflegepersonal zu Medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAfA) notwendig ist“ (ebd.).

Parallel dazu gibt es, wenngleich wenige, Anregungen von führenden Personen von DGAI und BDA an eben jene Verbände, z. B. zu prüfen, inwieweit die Schaffung von „Technischen Assistenten in der Anästhesie“ zur Lösung gegenwärtiger Unstimmigkeiten beitragen kann und auch dazu, „[...] das Krankenpflegepersonal für die ureigenen Aufgaben, nämlich die der Krankenpflege z. B. auf den Intensivstationen [zu entlasten]“ (Dudziak und Van Aken, 2007). Hinzu kommen Verweise auf die Handlungspraxis in anderen Ländern, verbunden mit der Anregung, deren Analyse zum Anlass für das Hinterfragen der eigenen Strukturen und Aufgabenverteilungen in der Anästhesie zu nehmen (Kettler und Radke, 2005; Pasch, 2010).

ATA – (Kein) Déjà-vu zur Etablierung der OTA: Für die Entwicklung des ATA-Berufs wird z. T. eine ähnliche Entwicklung wie im Fall der OTA konstatiert (Blum und Grohmann, 2009).

Deren Entwicklung erfolgte in Anlehnung an Ausbildungskonzepte, die in den 1960er und 70er Jahren in der Schweiz und in den Niederlanden als Reaktion auf einen zunehmenden Pflegefachkräftemangel etabliert wurden; und zwar die jeweils dreijährige, primärqualifizierende Ausbildung für Technische Operationsassistenten (TOA), seit 2003 unter dem Titel „Diplomierte/r Technische/r Operationsfachfrau/-mann“ sowie für „Operatieassistenten“. Es handelt sich um Berufsbilder mit den weitgehend gleichen Aufgaben, wie sie bis dahin von den im OP-Dienst tätigen Pflegepersonen übernommen wurden (Grunow et al., 2000; Böhme, 2003). Das neue, grundständig ausgebildete OP-Personal sollte die OP-Pflegenden ergänzen (Bals, 1999). Im Laufe der Zeit löste es die Pflegenden weitgehend ab. Heute ist in der Schweiz und in den Niederlanden der Einsatz von Pflegenden im OP die Ausnahme (Neiheiser, 2004).

Die Entwicklung der OTA-Ausbildung in Deutschland wurde nach anfänglich harter Kritik, v. a. von Seiten der Pflegeberufsverbände, in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre vermehrt durch Pro-Argumente ergänzt. Sie betrafen v. a. die qualitätsfördernde Komponente spezifisch qualifizierten Personals und die Chance auf die Personalbedarfsdeckung in den OPs (Horn et al., 1997; Ebbeke, 1998; Gille, 2000).

Ein zentraler Kritikpunkt an den grundständigen Ausbildungen OTA (und ATA) war, und ist es in gewissem Maße noch immer, dass diese die etablierten pflegerischen Fachweiterbildungen verdrängen (würden). Statt einer Erweiterung pflegerischer Kompetenzen i. S. der Etablierung von Advanced Practice Nurses (APNs) (s. 2.2.3), würden eng begrenzte Assistenzberufe mit „Sackgassencharakter“ befördert werden, die den Professionalisierungsprozess der Pflegeberufe durch eine Deprofessionalisierung kontrkarieren. Eine Weiterentwicklung, z. B. durch den Erwerb eines Abschlusses im tertiären Bildungssektor oder das Erschließen neuer Tätigkeitsfelder, wurde bislang für die neuen Berufe nicht gesehen.

Dieser Umsstand ändert sich langsam. Das hängt nicht zuletzt auch mit den im Zuge des Bologna-Prozesses formulierten Forderungen zur Etablierung gestufter Bildungsstrukturen zusammen. Auf der Suche nach Orientierung lenken diese den Blick auf die Praxis in anderen Ländern (s. 2.2.4).

Inzwischen tritt auch die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF), die sich gegenüber der Etablierung von OTA lange distanziert zeigte, für eine formelle Anerkennung von OTA neben der Qualifikation der Fachkrankenpflege ein (DGF, 2007b, 2008; Notz, 2009; BALK et al., 2011). Sie tut dies mit Verweis auf den gravierenden Mangel an OP-Pflegepersonal und die zunehmende Einarbeitung „pflegeferne[r] Kräfte [...], um überhaupt den Bedarf an Assistenz noch decken zu können“ (DGF, 2008). Zugleich sieht die DGF in einer staatlichen Anerkennung der OTA eine zentrale Voraussetzung für deren systematische Weiterentwicklung (Notz, 2009; BALK et al., 2011).

Zudem sind OTA eine inzwischen anzutreffende Realität (Neiheiser und Gille, 2009) und „aus dem OP nicht mehr wegzudenken“ (BALK et al., 2011). OTA werden inzwischen häufig gleich einer weitergebildeten OP-Pflegeperson entlohnt und auch die Übernahme der OP-Leitung durch sie ist keine Seltenheit mehr. Im Jahr 2008 gab es bundesweit 73 von der DKG anerkannte OTA-Schulen mit 1.342 Ausbildungsplätzen, denen 457 Verbundkrankenhäuser angeschlossen waren (Bundesrat, 2009a).

Dennoch fehlt bislang eine bundesgesetzliche Regelung der OTA-Ausbildung. Die Bundesregierung lehnte im April 2010 den „Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“, nach einer vergleichbaren Gesetzesinitiative ein Jahr zuvor (s. Bundesrat, 2009b), erneut ab (Deutscher Bundestag, 2010). Die Entscheidung wurde mit einer unklaren Finanzierungslage der Ausbildung begründet sowie mit Bedenken hinsichtlich der geringen Einsatzbreite von OTA und fehlenden beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten (ebd.).

Die Bundesregierung schlägt vor, den Qualifikationsbedarf im Funktionsdienst übergreifend und dabei auch eine integrierte Aus- und Weiterbildung für die jeweiligen Berufsgruppen im OP- und Anästhesie-Funktionsdienst zu prüfen (ebd.). Muster hierfür finden sich z. B. in den Niederlanden, in Großbritannien, Neuseeland und Australien (s. dazu 2.2.4).

In dieser Entscheidung spiegeln sich zudem berufsbildungstheoretische Prämissen wider, insb. jene danach, konzeptionell abgesicherte Qualifikationsprofile zu entwickeln, die den Kriterien von „Ausbildungsberufen“ gerecht werden. Auf diese wird im folgenden Kapitel eingegangen.

2.3 Berufsbildungstheoretische Bezugspunkte

Auch wenn das Modell des (Ausbildungs-)Berufs derzeit durch ein Marktmodell²⁰ abgelöst zu werden scheint, wird im Folgenden an diesem Konstrukt festgehalten, das Identität stiftet und Berufsinhabern und Nachfragern gleichermaßen Sicherheit vermittelt (Münch, 2011) (s. Kap. 2.3.1).

²⁰ Münch (2011) beschreibt im Zusammenhang mit dem Marktmodell, dass an die Stelle der Definition von Kompetenzbündeln in Form definierter (Ausbildungs-)Berufe, die dem Anspruch der Herausbildung beruflicher Handlungskompetenz und Persönlichkeitsentwicklung gleichermaßen entsprechen, zunehmend Qualifizierungsgänge, v. a. in Form von Studienangeboten mit beliebige(re)n Zusammenstellungen von Wissensmodulen unter dem Gesichtspunkt ihrer unmittelbaren

2.3.1 Die Konzepte „Beruf“ und „Ausbildungsberuf“

Unter „**Beruf**“ wird hier ein spezifisches, durch Ausbildung erworbenes und i. d. R. amtlich bescheinigtes Bündel von Kompetenzen verstanden, das an bestimmten Stellen gesellschaftlich organisierter Arbeit nutzbringend eingesetzt werden kann und das für seinen Besitzer eine langfristig verfügbare Erwerbsquelle darstellt (Lempert, 2002; Kurtz, 2005). Das Konzept „Beruf“ lässt sich dabei nicht ungebrochen mit dem Vorstellungsgehalt verknüpfen, der ihm ursprünglich durch die theologisch akzentuierte Übersetzung von „*vocatio*“ (Berufung) durch Luther gegeben und mit den Merkmalen Ganzheitlichkeit, Kontinuität und Lebenslänglichkeit belegt wurde (Kell, 2001). Zugleich scheint jeder Definitionsversuch des Berufsbegriffs einer einzelnen Disziplin unzulänglich, wobei eine anerkannte interdisziplinäre Definition aussteht (ebd.). In Anlehnung an Sackmann und Rasztar (1998) ist „Beruf“ im Folgenden i. S. einer Arbeitsdefinition durch sechs, wechselseitig aufeinander bezogene Merkmale gekennzeichnet. Ein Beruf

- (1) bezeichnet demnach eine Spezialisierung im Rahmen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung und
- (2) als erlernter Beruf ein Fähigkeitsbündel, das in einer Ausbildung erworben wird.
- (3) Ein Beruf impliziert, als ausgeübter Beruf, ein bestimmtes Tätigkeitsfeld und
- (4) bezeichnet eine ganzheitliche Kompetenz. Gemeint ist, dass praktische und theoretische Aspekte so miteinander verknüpft werden, dass die Prozesse des Tätigkeits- und Fähigkeitswandels innerhalb des jeweiligen Berufes bewältigbar sein soll(t)en.
- (5) Berufe erfahren eine soziale Zuweisung, d. h. dass in ihnen gesellschaftliche Aufgaben bearbeitet werden und schließlich
- (6) besteht meist eine persönliche Bindung an den Beruf.

Damit stellen Berufe spezifische Formen der Sozialintegration dar (Sackmann und Rasztar, 1998; Konietzka, 1999; Lempert, 2002; Becker und Spöttl, 2008; Arnold 2010). Beck und Brater (1977) differenzieren die persönliche Bedeutung von Berufen für deren Inhaber in vier Dimensionen sozialer Attribute, und zwar in (a) persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und Entfaltungschancen, die einzelne Berufe öffnen oder verschließen, (b) Chancen, subjektive Fähigkeiten und lebensgeschichtlich erworbene Bedürfnisse in objektiv vorgegebenen Arbeitssituationen zu realisieren, (c) die Stellung der Arbeitenden in der hierarchischen Sozialstruktur der betrieblichen Organisation sowie (d) die Lebenslage und soziale Chancen, die sozialen Status, Konsummöglichkeiten, Krankheitswahrscheinlichkeiten u. v. m. einschließen.

In diesem Zusammenhang ist die Einführung des (Rechts-)Begriffs „**Ausbildungsberuf**“ mit dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) von 1969 bedeutsam. Ein Ausbildungsberuf stellt demnach ein Konstrukt dar, in dem technische, wirtschaftliche, gesellschaftliche und pädagogische Anforderungen zum Ausdruck gebracht werden, die der Staat für die Berufsausbildung verbindlich vorgibt (Benner, 2001).

Ausbildungsberufe werden hinsichtlich Funktion, Aufbau und Ziel als eindeutig definiertes und abgrenzbares Profil in Ausbildungsordnungen festgelegt, die keine willkürliche Interpretation zulassen (sollen) (Meifort, 1999). Sie stellen Bündel an generellen und fachlichen Qualifikationen dar, die zu qualifizierter,

Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt, treten. Er verbindet damit einen Sachwertverlust von (Berufs-)Bildungstiteln und verstärkte Unsicherheiten bzgl. der Nutzbarkeit und Anschlussfähigkeit der so erworbenen Qualifikationen; ein Umstand, der den zahlreichen aktuell neu entstehenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Berufsfeld Gesundheit und Pflege bereits inhärent zu sein scheint (s. dazu 2.3.2).

d. h. zu autonomer und in sich vollständiger Facharbeit i. S. „beruflicher Handlungsfähigkeit“ führen (ebd.; Benner, 2001). Das Konzept des Ausbildungsberufs dient damit als Grundlage einer geordneten und einheitlichen Berufsausbildung, die in drei Richtungen ein Mindestmaß an Transparenz und Qualität gewährleisten soll und zwar für die Arbeitgeber im Beschäftigungssystem bzgl. relativ verlässlich kalkulierbarer Qualifikationsniveaus der Berufsinhaber, für die Berufsinhaber selbst dahingehend, dass in den Ausbildungsgängen definierte Qualitätsmindeststandards eingehalten und dabei beruflich verwertbare Handlungskompetenz erworben werden und für die Kunden als Abnehmer der Leistungen und Produkte bzw. im Kontext der Gesundheitsfachberufe für die Patienten/Klienten (Meifort, 1999).

Wird ein „Beruf“, wie im Fall der Operationstechnischen Assistenz (OTA), dabei nur in einem oder in wenigen Bundesländern gesetzlich geregelt oder wie im Fall der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) lediglich über Vereinbarungen zwischen einzelnen Ausbildungsträgern anerkannt und differieren diese Regelungen, dann sind Transparenz und Verlässlichkeit über die tatsächlich vorhandenen Qualifikationen für alle drei Seiten – Arbeitgeber, Berufsinhaber und Kunde bzw. Patient – begrenzt. Dieser Umstand erscheint besonders in den Berufen problematisch, mit deren Ausübung Gesundheitsgefahren für die zu behandelnden bzw. zu betreuenden Personen verbunden sind und die deshalb auf Bundesebene im Verständnis des Art. 19 Abs. 74 GG geregelt werden sollten (s. Kap. 2.1.1).

2.3.2 Zur Konstituierung neuer (Ausbildungs-)Berufe

(Ausbildungs-)Berufe sind nichts „natürlich Gewachsenes“, „zufällig Entstandenes“ oder „Produkt rationaler Planung“, sondern Ergebnis eines Kompromisses diverser Interessen (Bals, 1993; Cappell, 1996) und zugleich labiles und veränderbares Resultat mehr oder weniger günstiger Kompetenzprofile (Beck et al., 1980; Kurtz, 2005). Nach Hesse (1972) stellt sich die Konstituierung von Berufen, d. h. jener Prozesse, in denen bestehende Berufe und Arbeitskraftmuster verändert, erweitert und neu geschnitten werden, als ein mehr oder weniger planmäßiger Vorgang zur Konstruktion von Qualifizierungsmustern und zum Tausch von Arbeitskraft dar, der v. a. auf die Sicherung von Qualifikationserwartungen und deren unmittelbaren Verwertbarkeit zielt (s. auch Bollinger, 2005).

In diesen Vorgang wirken neben den bestehenden Berufen in Medizin und Pflege und ihren berufständischen Vertretungen eine Vielzahl institutioneller Akteure mit ihren jeweiligen Interessen und Perspektiven ein. Dazu gehören Bundes- und Länderministerien, Regierungspräsidien, Pflege- und Bildungsreferate, Einrichtungen der Leistungsträger und -erbringer im Gesundheitswesen auf Bundes- und Länderebene, Gewerkschaften, Bildungseinrichtungen und bildungseinrichtungsübergreifende Gremien, wissenschaftliche Einrichtungen, Stiftungen u. v. m. (Bollinger, 2005).

Dem sind in Verantwortung für die Berufsinhaber die Prämissen eines modernen Berufsbildungsverständnisses entgegenzusetzen (s. 2.3.3) und klare, eindeutige, gesetzlich geregelte sowie konzeptionell abgesicherte (Ausbildungs-)Berufsprofile zu entwickeln (Becker, 2002; Dielmann, 2004b, 2009a; Kurtz, 2005; Knüppel, 2006; HWP, 2007; KMK, 2007; Kälble, 2009; Evers, 2011). Problematisch dabei ist, dass dem Berufsfeld Gesundheit und Pflege bislang hinlänglich systematische Steuerungs- und Qualitäts-

kontrollmechanismen (Becker, 2002) und eine differenzierte berufswissenschaftliche Forschung fehlen²¹ (Darmann-Finck und Foth, 2011) (s. auch 2.4). Diese könnten der weiteren Schaffung von Qualifikationsbündeln („Berufen“), die der o. g. Forderung nicht entsprechen, sowie der „Zersplitterung“ bis hin zur „Erosion der Berufsstruktur“ und der Entwertung vorhandener Berufe entgegenwirken (Becker, 2002).

Prüfkriterien zur Anerkennung von Ausbildungsberufen: Zur Objektivierung der Entscheidung über die Neuentwicklung, Anerkennung und das Fortbestehen von Ausbildungsberufen, wie z. B. das hier interessierende ATA-Konzept, sind gleichermaßen bildungs-, wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische sowie berufspädagogische Gesichtspunkte zu beachten. Diese Aspekte sind in den „Kriterien für die Anerkennung und Beibehaltung anerkannter Ausbildungsberufe“ des Bundesausschusses für Berufsbildung (1974) berücksichtigt (s. auch Benner, 2001; Braun et al., 2004). Wenngleich diese für die Berufe nach dem Berufsbildungsgesetz gedacht sind, erscheinen sie auch für die Gesundheitsfachberufe relevant (s. Abb. 5).

Für die Anerkennung und Beibehaltung von Ausbildungsberufen sind folgende Kriterien zu prüfen:	
a)	Besteht hinreichender Bedarf an einer entsprechenden Qualifikation, der zeitlich unbegrenzt und einzelbetriebsunabhängig ist?
b)	Handelt es sich um eine Ausbildung für eine qualifizierte, eigenverantwortliche Tätigkeit auf einem möglichst breiten Gebiet?
c)	Ist der Beruf im Hinblick auf eine dauerhafte, vom Lebensalter unabhängige Tätigkeit angelegt?
d)	Garantiert der Beruf eine breit angelegte berufliche Grundbildung?
e)	Besteht die Möglichkeit der Einrichtung eines geordneten Ausbildungsganges?
f)	Besteht eine ausreichende Abgrenzung von anderen Ausbildungsberufen?
g)	Lassen sich die Ausbildungsziele operationalisieren?
h)	Liegt die Ausbildungsdauer zwischen zwei und drei Jahren?
i)	Bietet der Beruf eine Grundlage für Fortbildung und beruflichen Aufstieg?
j)	Ermöglicht der Beruf den Erwerb von Befähigungen zum selbstständigen Denken und Handeln bei der Anwendung von „Fertigkeiten und Kenntnissen“?

Abb. 5: Prüfkriterien zur Anerkennung und Beibehaltung von Ausbildungsberufen (Braun et al., 2004)

2.3.3 Berufsaus-, Fort- und Weiterbildung als Bildungsprozess

Berufsbildung hat die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit notwendigen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln und den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen zu ermöglichen (BMBF, 2005; BBiG, 2005:§1(3)).

²¹ Das hängt v. a. damit zusammen, dass die Gesundheitsfachberufe als sog. „Ausbildungen der besonderen Art“ außerhalb des dualen Berufsbildungssystems bzw. des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) geregelt werden.

Innerhalb des dualen Berufsbildungssystems ist für die staatliche Anerkennung von Ausbildungsberufen und deren Aufhebung nach §4 BBiG das jeweilige Fachministerium, z. B. das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), zuständig (BMBF, 2005).

So ist es zunächst auch in den Berufszulassungsgesetzen der Gesundheitsfachberufe geregelt. Anders als bei diesen, gibt es dabei für die im BBiG geregelten Berufe zur Unterstützung dieses Prozesses eine staatliche Institution, das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Aufgabe des BIBB ist es, Inhalte und Ziele der Berufsbildung zu ermitteln, materielle Grundlagen für die Anerkennung und Aufhebung der Ausbildungsberufe sowie den Erlass von Ausbildungsordnungen zu schaffen. Dabei werden ggf. vorhandene Vorarbeiten aus dem Berufsfeld geprüft und berücksichtigt. Für die Gesundheitsfachberufe gibt es dafür keine vergleichbare Institution.

In einem klassischen Verständnis bereitet Berufsbildung dabei direkt auf die Praxis vor, d. h. die berufliche Qualifikation wird in engem Bezug zu ihrer Anwendung und Verwertung erworben. Dies geschieht vielfach um den Preis, dass nur wenig Raum zur reflektierenden Auseinandersetzung mit den Inhalten und den Bedingungen der praktischen Tätigkeit bleibt (Bollinger, 2005; Arnold, 2010).

Dem entgegenwirkend weisen die Handreichungen der Kultusministerkonferenz (KMK) der Berufsarbeit eine bildungstheoretische Begründung zu und erklären damit den Beruf zum Bildungsgut (Stratmann, 2001; Arnold, 2010). Hervorgehoben wird damit, dass berufliche (Aus-)Bildung nicht nur der Qualifizierung i. S. betrieblicher Verwertbarkeit dient, sondern zugleich auf die Persönlichkeitsentwicklung abheben soll (KMK, 2000; Kurtz, 2005; Rauner, 2006a; Arnold, 2010). Dieser Anspruch ist im Konzept der „(Beruflichen) Handlungskompetenz“ enthalten (ebd.).

Berufliche Handlungskompetenz wird als Bereitschaft und Fähigkeit des Einzelnen verstanden, sich in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu verhalten (Bader, 2000). Es geht darum, Probleme zielorientiert auf der Basis angeeigneter Handlungsschemata selbstständig zu lösen, die gefundenen Lösungen zu reflektieren und so das Repertoire der eigenen Handlungsmöglichkeiten weiter zu entwickeln (ebd.).

Berufliche Handlungskompetenz umschließt dabei gemäß der KMK die Dimensionen Fach-, Personal- und Sozialkompetenz, die in einem ausgewogenen Verhältnis die Voraussetzung für Methoden- und Lernkompetenz bilden (KMK, 2000)²². Damit verbunden sind eine Reihe didaktisch-methodischer Konzepte und orientierender Leitprinzipien zu berücksichtigen (s. Abb. 6). Deren Inhalt und Beziehung zueinander wird im Folgenden, beschränkt auf die für den Nachvollzug des empirischen Teils dieser Arbeit notwendigen Aspekte, skizziert.

Wenn Berufsbildung „gelingen“ soll, dann müssen sich Ausbildung und Berufsalltag aufeinander beziehen (Kaiser, 2005a). Dazu ist es notwendig, dass eine geeignete Beschreibung des Berufsalltags vorliegt, aus der die aktuell zu bewältigenden Aufgaben unter Nennung ihrer Häufigkeit und durch wen sie typischerweise bearbeitet werden sowie absehbare Entwicklungen erkennbar sind (ebd.).

Grundlegend hierfür sollten empirische berufswissenschaftliche Analysen der spezifischen Anforderungen des jeweiligen Handlungsfeldes sein (Rauner, 2006b; Pätzold und Rauner, 2006; Becker und Spöttl, 2008). In den Gesundheitsfachberufen sind entsprechende Analysen allenfalls in Ansätzen zu finden (s. auch Kap. 2.4). Aus ihnen kann bzw. könnte schließlich auf die zu erwerbenden Kompetenzen und damit auf die Definition der Ausbildungsziele geschlossen werden (Evers, 2009, 2011). Realitätsbezogen und realistisch formuliert, informieren diese die Lernenden darüber, was von ihnen erwartet wird und die Arbeitgeber und Mitarbeiter in den Betrieben (hier: in den Krankenhäusern) darüber, was die Absolventen mitbringen (Kaiser, 2005a).

²² In anderen Quellen werden die Dimensionen beruflicher Handlungskompetenz teilweise anders benannt. Bader (2000) spricht z. B. von Fach-, Human- und Sozialkompetenz. Unabhängig von der Bezeichnung der Dimensionen dienen berufs(fach)schulische Bemühungen im neueren, umfassenden Verständnis von beruflicher Bildung demnach dem Erwerb beruflicher Handlungskompetenz unter dem Anspruch, zugleich auch die individuelle Entwicklung und Verschränkung von Kognition und Emotion in der Persönlichkeitsbildung zu befördern (Schelten, 1991; Gieseke, 2008).

Berufsbildungsverständnis

Berufsbildungsprozesse sind unter der Zielsetzung zu gestalten, zur Herausbildung der Dimensionen **beruflicher Handlungskompetenz**, d. h. methodisch-fachlicher, personaler sowie kommunikativ-sozialer Kompetenzen (KMK, 2000) beizutragen.

Sie sollen so emanzipative Selbstwerdung und Berufsbefähigung der Lernenden zwischen Individualgenese und gesellschaftlichen, sich wandelnden Anforderungen bewirken; faktisch zu einem möglichst selbsttätig erarbeiteten und personal verantworteten Zusammenhang der drei Grundfähigkeiten

1) Selbstbestimmungs-, 2) Mitbestimmungs- und 3) Solidaritätsfähigkeit führen (Klafki, 1996).

 **Berufliche Handlungskompetenz** wird – gemäß dem aktuellen (Gesundheits-)Berufsbildungsverständnis – durch die Berücksichtigung folgender Leitprinzipien befördert:

- Analyse der Qualifikationsbedarfe und Definition der spezifischen beruflichen Handlungskompetenz und damit der Ausbildung-/Lernziele in einem **Curriculum**,
- Orientierung an den Konzepten der **beruflichen Handlungskompetenz**, der **Handlungs- und Lernfeldorientierung**,
- Bearbeitung von **Schlüsselproblemen** bzw. **exemplarischen Situationen** der beruflichen sowie ferner der gesellschaftlichen, politischen, kulturellen und individuellen Existenz, d. h. Auseinandersetzung mit beruflichen und allgemeinbildenden Inhalten,
- Gewährleistung von **Wissenschafts- und Praxisorientierung** und der **Zirkulation des Wissens** im Verständnis einer evidenzbasierten Praxis & reflektierter Entscheidungsfindungsprozesse,
- Umsetzung eines **integrativen Qualifizierungskonzepts** mit
 - einer ersten **generalistischen Phase** als breit angelegte berufsfeldbreite „Sockel“-Qualifizierung sowie
 - einer aufsetzenden **Differenzierungsphase** zur beruflichen Spezialisierung,
- **Modularisierung** der Qualifizierungsangebote; und zugleich dabei auch
- Ermöglichung eines **zirkulären Lernprozesses** zur Vertiefung und Erweiterung des Verständnisses,
- Umsetzung eines **Qualifikationsstufenkonzepts** zur Gewährleistung
 - **lebenslangen Lernens** und
 - der horizontalen und vertikalen **Durchlässigkeit** der beruflichen Strukturen bzw. individueller Karrieremuster,
- **(fach-)didaktisch** begründeter Einsatz einer **Vielfalt an Lehr- und Lernmethoden** – insbesondere auch interdisziplinär angelegter Lerneinheiten – durch
- **kompetente Lehrende** in den (hoch)schulischen und praktischen Lernorten,
- bei hinreichenden und geeigneten Ressourcen/Rahmenbedingungen,
- eingebunden in einen **Qualitätsmanagement- und Evaluationsprozess** der beruflichen Bildung sowie
- unter Berücksichtigung der Implikationen zur Schaffung eines gemeinsamen **europäischen Bildungsräumes**.

Abb. 6: Leitprinzipien zur Gestaltung von Berufsbildungsprozessen in Gesundheitsfachberufen
(eigene Darstellung nach der Auseinandersetzung insb. mit Klafki, 1996; RBS Hrsg., 2001; Schneider, 2003; Wittneben, 2003; Schenior-Popp, 2005; Siebert, 2006; Sahmel, 2009; Arnold et al., 2010 und Olbrich, 2010)

Damit die Lernenden im Zuge des Berufsbildungsgangs den Ausbildungszielen schrittweise näher kommen und sie schließlich erreichen, muss die Berufs(aus)bildung in überschaubare Einheiten, z. B. in Lernfelder²³ oder Module, gegliedert werden. Diese bilden den Rahmen dafür, konzentriert an bestimmten

²³ Lernfelder sind zu verstehen als bedeutsame Handlungssituationen der Berufspraxis, die didaktisch in Unterrichtseinheiten bzw. Lernsituationen gefasst werden. Ausgangs- und Orientierungspunkt sind dabei exemplarische berufliche Handlungs- oder Fall- bzw. Problemlösungssituationen (Ertl-Schmuck, 2002). Diese werden fächerübergreifend nach Lerninhalten aus Theorie- und Praxiswissen gegliedert. Dadurch ist der Lehrplan (rsp. das Curriculum) nicht in Unterrichtsfächer

Themen und in dafür geeigneten didaktisch-methodischen Lernarrangements zu arbeiten, um jene Kompetenzen aufzubauen, die im Berufsalltag zum Tragen kommen sollen (ebd.).

Für die Vermittlung beruflicher Handlungskompetenz haben solche Lehr-/Lernmethoden Bedeutung, die Angebote an mehrdimensionalen Aufgaben- und Problemstellungen enthalten und selbstgesteuertes, ganzheitliches Lernen ermöglichen (Schneider und Buhl, 2001). Schlagworte hierbei sind insbesondere handlungs-, erfahrungs-, problem- und fallorientiertes Lernen, die Nutzung eines dritten Lernortes (= Skillslab) zu Übungszwecken, Lernortkooperation und verstärkt auch interdisziplinäres Lernen.

Schließlich werden diese Elemente, d. h. Bildungsvorstellungen, Ziele, Lerninhalte und deren Umfang, ggf. die Reihenfolge und Zuordnung der Inhalte zu Semestern sowie didaktisch-methodische Hinweise, in einem Ausbildungs-/Lehrplan bzw. im konkretesten Fall in einem Curriculum²⁴ festgehalten.

Curricula sollten dabei nach den Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates, im Prozess der sog. praxisnahen Curriculumentwicklung durch ein legitimiertes Gremium aus Wissenschaftlern und Praktikern erstellt werden, die durch ihre pädagogische und fachliche Kompetenz ausgewiesen sind und deren Perspektiven in einem Konsensverfahren berücksichtigt werden (RBS Hrsg., 2001).

Letztlich sind bei allen Neu- und Weiterentwicklungen von (Gesundheits-)Berufsbildungsprozessen auch die Implikationen zur Verwirklichung des gemeinsamen europäischen Bildungsraumes, einschließlich von Fragen z. B. zur Gewährleistung der Freizügigkeit der Berufsangehörigen in Europa und zur Ansiedlung der Bildungsgänge im sekundären oder hochschulischen Bereich, zu berücksichtigen (DBR Hrsg., 2007).

In der vorliegenden Arbeit wird diesen Fragen, insbesondere die nach der konkreten Ansiedlung der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsfachberufe bzw. hier konkret der Bildungsgänge für das Handlungsfeld Anästhesie nicht im Detail nachgegangen. Auch die komplexe Debatte zur Notwendigkeit/Sinnhaftigkeit der (generellen) Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, einschließlich der hier thematisierten ATA-Ausbildung und I&A-Fachweiterbildung, wird lediglich angerissen und bleibt einer möglichen späteren Auseinandersetzung vorbehalten.

Hier sei lediglich darauf verwiesen, dass die Autorin dem Verständnis folgt, dass Akademisierung weder aus der berufs- und professionssoziologischen Perspektive eine hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung eines Berufs zur Profession i. S. einer berufspolitischen Durchsetzungsmacht darstellt, noch aus der eher handlungstheoretisch orientierten Professionalisierungstheorie zwingend zur Herausbildung einer

bzw. Fachwissenschaften gegliedert, sondern an der wechselseitigen Beziehung zwischen fachwissenschaftlichen Elementen und gesellschaftlicher, implizit beruflicher, Realität ausgerichtet (Oelke, 2003). Ein Strukturierungselement von auf dem Lernfeldkonzept basierenden Lehrplänen/Curricula kann die Modularisierung sein (Schneider, 2003).

Das Lernfeldkonzept prägt seit den 1980er Jahren die bildungspolitische Diskussion (KMK, 2000). Inzwischen sind die meisten nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG, 2005) geregelten Ausbildungsberufe danach gegliedert. Auch in einigen Gesundheitsfachberufen leitet dieses Konzept die curriculare und didaktische Gestaltung (Schneider, 2003).

²⁴ Die Begriffe „Ausbildungsplan“/„Lehrplan“ und „Curriculum“ werden häufig synonym verwendet (Schewior-Popp, 2005). Sie stehen jedoch für verschiedene Konstrukte. Lehrpläne sind Curricula übergeordnet und haben häufig Rechtsstatus; in Deutschland meist als Verwaltungsvorschrift mit rechtsverbindlichen und -freien Anteilen (Hacker, 2001). Curricula legen dann auf der Basis der Lehrpläne deutlich detaillierter fest, zu welchen Ergebnissen der Bildungsgang führen soll (Schelten, 1991; Knigge-Demal, 2001). Sie stellen Begründungszusammenhänge zwischen den Entscheidungen über das WAS, WARUM, WIE, WOMIT und WANN des Lernprozesses/Unterrichts her und geben i. d. R. auch an, wie die Lernerfolgskontrolle/Leistungsüberprüfung erfolgen soll (Riedl, 2001; Schewior-Popp, 2005).

besonderen („professionellen“) Handlungskompetenz etwa i. S. Oevermanns (1996) beiträgt (Schroeter, 2006; Borgetto und Käble, 2007).

In Bezug auf das Pilotprojekt zur Ausbildung von ATA ist festzuhalten, dass das „Konzept zur Integrierten Ausbildung Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz“ i. S. eines Lehrplans für die Ausbildung von OTA und ATA (Spichale, 2007) sowie die darauf basierenden, „Normativen Grundlagen zur Ausbildung und Prüfung von Anästhesietechnischen Assistenten“ der BAG ATA (s. dazu 2.2.5), deutlich hinter den oben skizzierten Leitprinzipien zur Gestaltung von (Gesundheits-)Berufsbildungsprozessen zurück bleiben. Dies trifft jedoch gleichsam auch auf die meisten anderen Aus- und Weiterbildungen in diesem Sektor zu (Becker und Meifort, 2006).

So folgte der Lehrplan, der im Wesentlichen durch die Leiterin des Pilotprojektkurses (allein) konzipiert wurde, der klassischen Fächerstruktur. Handlungs- und Lernfeldorientierung, Modularisierung, ein (fach-)didaktischer Begründungsrahmen, einschließlich der Ausweisung von Lehr- und Lernmethoden und/oder von Unterrichten, in denen ein Verständnis gelegt wird etwa für das „Finden und Entwickeln der eigenen beruflichen Rolle“, für „Evidence-based Practice“ und/oder für das „Lernen lernen“, lassen sich bei der Durchsicht des Lehrplans nicht identifizieren.

Auch finden sich weder nähere Aussagen zur Ausgestaltung des praktischen Teils der Ausbildung, noch zur Lernortkooperation. Dies erscheint problematisch, da dem Lernen in der Praxis und dessen Bezugnahme zum theoretischen Lernen eine empirisch belegte Schlüsselfunktion für den Erwerb beruflicher Handlungskompetenz zukommt (Kesselring, 1994; Benner, 1996; Pätzold, 2004; Schwarz-Govaers, 2005; Fichtmüller und Walter, 2007). Dies gilt umso nachdrücklicher, wenn – wie hier zutreffend (s. Kap. 2.1) – in einer defizitär empfundenen Praxis ausgebildet wird (Kersting, 2002; Benner et al., 2010).

Im Pilotprojekt lernten Schüler zweier Fachrichtungen in einem gemeinsamen Kurs. Den Lehrplanunterlagen kann nicht entnommen werden, in welchem Maße dabei von einem bewusst konzipierten interdisziplinären Lernarrangement gesprochen werden kann, bei dem es um mehr geht, als um das Anbieten von Lerninhalten für mehrere Fachrichtungen, nämlich um das gezielt eingesetzte didaktisch-methodische Mittel des Problem- bzw. Fallbezugs als Basis für eine interdisziplinäre und -professionelle Verständigung (Sieger et al., 2010). Dies erscheint im Pilotprojekt zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA auch dahingehend fraglich, da die Ausbildung nicht zuletzt aus pragmatischen Gründen diese Form erhalten hat. Der Pilotprojekträger beschränkte das Ausbildungsangebot zunächst auf eine kleine Zahl an Lernenden, für die kein eigener Kurs gebildet werden konnte. Hier bot sich das Prinzip des sog. „Commun trunk“ an (BÄK, 2006), d. h. ein für beide Fachrichtungen in Teilen gemeinsamer Unterricht zu (vermeintlich) identischen Grundlageninhalten.

Eine horizontale Durchlässigkeit zwischen den beiden Ausbildungen OTA und ATA i. S. eines Wechsels der Fachrichtungen war im Pilotprojekt nicht vorgesehen. Der zeitlich additive Erwerb beider Abschlüsse unter gegenseitiger Anrechnung der Stundenanteile, die für beide Fachrichtungen gleich ausgewiesen sind, war jedoch prinzipiell denkbar und ist es auch weiterhin (Spichale, 2010).

Aufgrund der fehlenden staatlichen Anerkennung der beiden Ausbildungsgänge ist mit dem ATA- bzw. OTA-Abschluss keine regelhafte Verkürzung einer anderen Ausbildung, z. B. in der Gesundheits- und Krankenpflege, möglich. Vergleichbar verhält es sich mit der vertikalen Durchlässigkeit der beiden Abschlüsse. Bislang bestehen keine regelhaften Anschlussmöglichkeiten, z. B. der Zugang zu Fachweiterbildungen, etwa für Leitungsaufgaben, sowie zu Studiengängen. Einzelfallprüfungen sind möglich.

Schließlich ist im Hinblick auf die Leitprinzipien zur Gestaltung von Bildungsprozessen zu erwähnen, dass die Durchführung der ATA-Pilotprojekte zwar im Zuge ihrer Genehmigung durch die DKG mit der Auflorderung zur Evaluation verbunden war, dass hierfür jedoch keine verbindlichen Rahmenvorgaben und Standards definiert wurden. Dieser Umstand ist wiederum im Bereich der Gesundheitsberufsbildung kein Einzelfall und stellt ein Hemmnis für die empirisch fundierte Weiterentwicklung der Qualifizierungsprogramme und -profile dar (s. dazu Kap. 2.4).

2.4 Qualitätsentwicklung und Evaluationsforschung in der Gesundheitsberufsbildung

Im Vergleich zur verbindlichen Entwicklung und externen Evaluation von „Schulqualität“ im öffentlichen Schulwesen, besteht für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen ein Nachholbedarf bzgl. der systematischen Beschreibung von Qualität und folglich auch der strukturierten Qualitätsentwicklungspraxis und Evaluationskultur (Bals et al., 2010; Kutschke, 2010)²⁵. So gibt es z. B. bislang in diesem Sektor keine gesetzlich verankerte, verbindliche, unabhängige und strukturiert wissenschaftliche Evaluation von Modellprojekten (Dielmann, 2009b). Eine Akkreditierung für Institutionen und Bildungsgänge, die zur Einhaltung definierter Mindeststandards und Transparenz der Bildungsangebote beitragen soll, findet verpflichtend bislang nur im Hochschulsektor, d. h. für Studiengänge, statt (Kälble, 2006).

Für die Konzeption des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit wurde deshalb Orientierung in den Definitionen und Materialien zur Beschreibung von Ausbildungsqualität(sentwicklung) im allgemeinen und berufsbildenden Sektor jenseits der Gesundheitsfachberufe gesucht (z. B. Kyriakides and Campbell, 2003; Sahney et al., 2004; Heidegger, 2006; Kurz, 2006; Schneider und Schrems, 2008).

Parallel zu dieser Situation ist festzuhalten, dass sich zwar seit Anfang der 2000er Jahre zunehmend eine domänenpezifische Bildungsforschung zunächst für die Pflegeberufe und – bedingt durch deren später eingesetzte Akademisierung – verzögert auch für andere Gesundheitsfachberufe etabliert, dass diese bislang jedoch wenig differenziert ist (Darmann-Finck und Foth, 2011).

Studien im Feld der Gesundheitsberufs(bildungs)forschung befassten sich bisher überwiegend mit konzeptionellen Abhandlungen zu Rahmenbedingungen und zur Lehr-Lern-Prozess-Gestaltung (z. B. RBS Hrsg., 2001; Sahmel Hrsg., 2001; Sieger Hrsg., 2001; Falk und Kerres 2003 (als Hrsg.) & 2006; Falk und

²⁵ Eine zentrale Initiative diesbezüglich stellt das ab 2006 von der Robert Bosch Stiftung geförderte Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Ausbildungsqualität in den Gesundheitsberufen (AQiG)“ dar. In diesem Projekt sollten berufsgruppenübergreifende Qualitätskriterien entwickelt und erprobt werden (Bals et al., 2010). Für die Auseinandersetzung mit der Beschreibung von Ausbildungsqualität im Zuge der Konzeption und Umsetzung des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit, hatten die im AQiG-Projekt erarbeiteten Definitionen und Materialien aufgrund ihres Publikationszeitpunktes – Bals Hrsg., 2009; Bals et al., 2010 & 2011 (als Hrsg.) – keine Relevanz.

Keuchel Hrsg., 2007; Schneider et al. Hrsg., 2003, 2005; DBR Hrsg., 2007, 2010; Bischoff-Wanner und Reiber Hrsg., 2008; Greb, 2008; Nussbaumer und von Reibnitz Hrsg., 2008). Forschungsarbeiten nutzten dabei vielfach (lediglich) standardisierte schriftliche Befragungen mit quantitativ-deskriptivem Charakter (z. B. DeCambio-Störzel et al., 1998; Rau, 2001; DEKV Hrsg., 2004; Kaiser, 2005b; Blum et al., 2006; Görres, 2006). Bislang gibt es nur wenige komplexere Untersuchungen zu Berufsaus- und Weiterbildungsprozessen (z. B. Holoch, 2002; Kersting, 2002; Balzer und Kühme, 2009).

Dieses Feld überschneidend, kommen theoretische Arbeiten sowie Studien hinzu, die auf eine Konzept- und Theoriegenerierung zu didaktisch-methodischen Fragestellungen fokussieren (z. B. Darmann, 2000, 2010; Ertl-Schmuck, 2002; Wittneben, 2003; Schwarz-Govaers, 2005; Fichtmüller und Walter, 2007; Olbrich 2009 (als Hrsg.) & 2010; Ertl-Schmuck und Fichtmüller, 2009 & 2010 (als Hrsg.) sowie solche, die sich dem Feld der Modellversuchsforschung zuordnen lassen.

Diese Veröffentlichungen wiederum sind in zwei Gruppen teilbar. Einerseits finden sich Materialien, die im Rahmen von Projekten zur Unterrichts- und Schulentwicklung sowie zur Erprobung neuer Ausbildungsgänge entstanden sind. Das sind v. a. pädagogische Begründungsrahmen, Curricula und Materialien zu einzelnen Lernfeldern oder -situationen in (Hoch-)Schule und Berufspraxis sowie zu deren Vernetzung (z. B. Oelke und Menke, 2002; Kerngruppe Curriculum, 2006; Kooperationsverbund, 2006, 2010; Müller, 2007). Andererseits handelt es sich um Evaluations(forschungs)berichte zu diversen Modellprojekten (z. B. Görres et al., 2002; Roes 2004; BMFSFJ Hrsg., 2008; Stöver, 2010; Panke-Kochinke, 2011).

Das Erkenntnisinteresse der Modellprojektevaluationen, die in den letzten Jahren v. a. die Pflegeberufe betrafen, lag v. a. darin herauszufinden, welches Verhältnis an Generalisierung und Spezialisierung in den Berufsbildern notwendig ist, welche Kompetenzprofile für das zukünftige Berufsfeld benötigt werden, über welche Kompetenzen die Absolventen unterschiedlicher Ausbildungsmodelle verfügen, welche Berufsperspektiven sie verfolgen, wo sie auf dem Arbeitsmarkt eingesetzt werden und wie sie sich dort bewähren, ob die Reformmodelle zur Attraktivitätssteigerung der (Pflege-)Ausbildung und zur Senkung der Fluktuation aus dem Beruf beitragen sowie ob und welchen Beitrag sie zur Verbesserung der Pflegequalität leisten (Stöver, 2006).

Im Fazit sollte es in den Evaluationsprojekten darum gehen, sich bewährende Modelle oder Modellelemente für den Transfer in den Regelbetrieb zu identifizieren und die Ergebnisse in die politische Diskussion zu tragen, um den pflegerischen, bildungs- und gesundheitspolitischen Handlungsbedarf für die weitere Umgestaltung der gesundheitsberuflichen Bildung zu untermauern und den begonnenen Berufswandlungsprozess fortzuführen (ebd). Das sind Zieldimensionen, die auch für die Konzeption der vorliegenden Untersuchung Orientierung boten.

Bislang genügten die Evaluationsstudien in der Gesundheitsberufsbildungsforschung dabei vielfach nicht den methodischen Standards der empirischen Sozialforschung (Darmann-Finck und Foth, 2011). Sie beschränkten sich meist auf Aussagen zur Machbarkeit neuer Ausbildungsmodelle und ließen entscheidende Fragen, etwa zur Passung der Ausbildungen auf die Versorgungsbedarfe und zu ihrer Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt, außen vor (Dielmann, 2009b).

Für die Konzeption der vorliegenden Untersuchung bedeutete dies, dass keine Best-Practice-Beispiele identifiziert werden konnten, wohl aber Elemente aus Einzelarbeiten, die unter Berücksichtigung des Verständnisses der Evaluationsstandards der Berufsbildungsforschung des Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE und Sanders, 2006), herangezogen werden konnten.

Die 1994 erstmals veröffentlichten JCSEE-Standards und Durchführungsprinzipien für wissenschaftliche Evaluationen im Bildungsbereich gelten heute in einer erweiterten und aktualisierten Form. Sie sind auch in den von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation herausgegebenen Evaluationsstandards wiedererkennbar (DeGEval, 2008) und gelten als allgemein anerkannter Konsens zur Sicherung der Qualität von Bildungsgangevaluationen (Meyer, 2002; Leitner und Wroblewski, 2005). Unter den Leitaspakten Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit versuchen sie explizit den Balanceakt zwischen den konkurrierenden Anforderungen von Seiten der Auftraggeber und der Wissenschaft zu berücksichtigen und so zur Sicherstellung der Professionalität der Evaluationsdurchführung beizutragen.

2.5 Resümee des Theorie- und Forschungsstandes

Im Kapitel 2 wurden der Kontext und der Wandlungsprozess der Qualifizierung für den Anästhesie-Funktionsdienst aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Zunächst wurden dabei Veränderungsprozesse der Berufsbilder und Beschäftigungsstrukturen im Gesundheitswesen umrissen (s. 2.1). Es wurde verdeutlicht, dass in diesem Prozess v. a. die Fortschritte in Wissenschaft und Medizintechnik mit neuen Herausforderungen an die Qualifizierung der Mitarbeiter (s. 2.1.1) sowie der zunehmende Mangel an Fachpersonal im pflegerischen (s. 2.1.2) und ärztlichen Dienst (s. 2.2.3) zentrale Motoren für Weiterentwicklungen und Neukonzeptionen von Qualifizierungswegen und -profilen an der Schnittstelle von Pflege, technischer Assistenz und Medizin sind.

Das Handlungsfeld Anästhesie(pflege) und die darin agierenden Mitarbeiter, bisher überwiegend Pflegepersonen, wurde vorgestellt (s. 2.2). Dazu wurde auch die Entwicklung und derzeitige Situation der etablierten pflegerischen Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie“ nachgezeichnet, eine Qualifizierung, die längst nicht alle in diesem Feld Tätigen durchlaufen und deren Absolvieren in den meisten Fällen nicht zur Übernahme anderer bzw. erweiterter Aufgaben führt (s. 2.2.1f).

Es folgte eine Skizzierung der Trends in den Bildungswegen für den Anästhesie-FD (s. 2.2.3). Auf der Suche nach Orientierung für die Weiterentwicklung hierzulande wurden internationale Qualifizierungsmuster vorgestellt (s. 2.2.4). Diese zeigen, dass in Europa und darüber hinaus ein breites Spektrum an Kompetenzprofilen sowie unterschiedliche Muster in der Arbeitsteilung der Anästhesieteams zu finden sind. Auffallend ist, dass in vielen Ländern die Aufgaben sowohl von Pflegenden als auch von Personen mit einer medizinisch-technisch orientierten Grundausbildung, in Abhängigkeit von ihrem individuellem (Weiter-)Qualifizierungsstand, häufig deutlich breiter sind als hierzulande (s. 2.2.4). Hinterfragt wurde zudem, ob es sich bei der Tätigkeit in diesem Handlungsfeld um eine primär pflegerische Aufgabe handelt. Diese Frage ließ sich literaturgestützt nicht zweifelsfrei bestätigen (2.2.2).

Diese Situation dürfte wesentlich mit dazu beigetragen haben, eine grundständige medizinisch-technisch orientierte Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst zu konzipieren und sie parallel zur pflegerischen FWB zu erproben. Dieses neue Ausbildungskonzept für die „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ wurde einschließlich seines aktuellen Entwicklungs- und Diskussionsstandes vorgestellt (2.2.5).

Da in dieser Arbeit die Entwicklung dieser neuen Ausbildung aus einer berufsbildungswissenschaftlichen Perspektive heraus untersucht wird, folgten Erläuterungen zu zentralen berufsbildungstheoretischen Begriffen und Konzepten sowie zu Leitprinzipien der Gestaltung von beruflicher (Aus-)Bildung (s. 2.3.1f). Dabei wurde deutlich, dass die Qualifizierung von ATA im Pilotprojekt hinter diesem Verständnis zurück bleibt (s. 2.3.3). Dies hängt u. a. wesentlich mit der für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen bislang weitgehend fehlenden gesetzlich verankerten Qualitätsentwicklung und Evaluationskultur sowie der gleichfalls noch wenig differenzierten methodischen Standards der empirischen Forschung in diesem Feld zusammen (s. 2.4).

So ist auch mit zu erklären, dass die Argumente zum Für und Wider neuer Berufe im Gesundheitswesen bis-her überwiegend aus der Perspektive teils tradierter berufsständischer Positionen angeführt werden (Stegmüller, 2004) und kaum auf wissenschaftliche Belege gestützt sind. Gleiches gilt auch für die Umsetzung entsprechender Qualifizierungskonzepte. Hier setzt das Forschungsanliegen der vorliegenden Arbeit an. Es besteht darin, wissenschaftliche Erkenntnisse zu einem Ausschnitt des Wandlungsprozesses der Gesundheitsfachberufe zu erarbeiten und für die weitere Fachdiskussion bereitzustellen.

3 Ziel und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, vor dem Hintergrund des allgemeinen Wandels der Gesundheitsfachberufe sowie berufsbildungstheoretischer Erkenntnisse, den derzeitigen Stand der jungen grundständigen Ausbildung und ansatzweise der Berufsausübung in der „Anästhesietechnischen Assistenz“ (ATA) zu beschreiben. Dies soll unter Bezugnahme auf die parallel bestehende Fachweiterbildung für „Intensivpflege & Anästhesie“ (I&A) geschehen.

Da die ersten ATA in einem gemeinsamen Kurs mit Operationstechnischen Assistenten (OTA) ausgebildet wurden, es für den OP-Dienst parallel zur OTA-Ausbildung ebenfalls eine pflegerische Fachweiterbildung gibt und deutliche Berührungspunkte zwischen den Aufgaben und den Entwicklungen im Anästhesie- und OP-Funktionsdienst bestehen, soll die Untersuchung auch Bezug zu diesen beiden Qualifikationen nehmen. Darauf basierend sollen Optionen zur Weiterentwicklung der derzeit bestehenden Qualifizierungswege und -profile für Gesundheitsfachberufsangehörige in der Anästhesie aufgezeigt werden.

Die **forschungsleitende Hauptfragestellung** dabei lautet: Wie stellen sich derzeit die Qualifizierungen und die Berufsausübung von Anästhesietechnischen Assistenten und von Fachpflegenden für Intensivpflege & Anästhesie im Anästhesie-Funktionsdienst dar und welche Bedarfe und Optionen zur Weiterentwicklung der Qualifizierungswege und -profile zeichnen sich für dieses Handlungsfeld ab?

Diese Hauptfragestellung wurde durch folgende Forschungsfragen präzisiert.

Frage zur Qualifizierung für den Anästhesie-Funktionsdienst:

1. Wie verläuft derzeit die Qualifizierung von Pflegenden mit einem Fachweiterbildungsabschluss „Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“ und von „Anästhesietechnischen Assistenten (ATA)“ für den Anästhesie-Funktionsdienst?

Fragen zum Berufsbild Anästhesietechnische Assistenz (ATA):

2. Wie fügt sich das Konzept des ATA-Berufs in das Praxisfeld der Gesundheitsfachberufe (im Krankenhaus) ein? Stoßen die ATA-Absolventen auf Akzeptanz? Ergänzt oder ersetzt die neue Ausbildung die pflegerische Fachweiterbildung?
3. Führt die ATA-Ausbildung zu einer vergleichbaren beruflichen Handlungskompetenz wie die etablierte pflegerische Fachweiterbildung I&A?
4. Welche Qualifikationsprofile für das Handlungsfeld Anästhesie sind zukünftig anzustreben? Besteht dahingehend Veränderungsbedarf für die Fachweiterbildung I&A und/oder für die ATA-Ausbildung?

Fragen bzgl. des Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung von ATA und OTA:

5. Wie bewerten die Absolventen des Pilotprojekts zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA rückblickend ihre Ausbildung?
6. Welche Hinweise können für die Weiterentwicklung der ATA- (und OTA-)Ausbildung sowie für nachfolgende Modellprojekte gegeben werden?

4 Material und Methodik

4.1 Evaluationsstudie im Feld der Berufsbildungsforschung

Mit der aufgezeigten Zielstellung (s. Kap. 3) ist die vorliegende Arbeit als Evaluationstudie im Feld der Berufsbildungsforschung charakterisierbar.

Berufsbildungsforschung als anwendungsorientierte und interdisziplinär arbeitende Forschungsrichtung untersucht Bedingungen, Abläufe und Folgen des Erwerbs fachlicher Qualifikationen sowie personaler und sozialer Einstellungen und Orientierungen, die für den Vollzug beruflich organisierter Arbeitsprozesse bedeutsam erscheinen (DFG, 1990; Meifort, 2004). Sie untersucht Grundlagen zur Weiterentwicklung des Berufsbildungssystems, von Berufen und Berufsfeldern sowie zur Gestaltung beruflicher Bildungsprozesse (Rauner, 2006a; Becker und Spöttl, 2008). Dabei agiert sie in Spannungsverhältnissen, die sich aus den Interessenlagen der an der Berufsbildung beteiligten Akteure und aus dem Zusammenspiel zwischen Wissenschaft, Berufsbildungspolitik, -planung und -praxis ergeben (Rauner, 2006a).

In dieser Arbeit wird bewusst von „Evaluationsstudie“ bzw. „**Evaluationsforschung**“ und nicht von „Evaluation“ gesprochen und zwar, weil Evaluation nicht notwendigerweise systematische Verfahren oder

datengestützte Beweise zur Untermauerung einer Beurteilung erfordert; sich Evaluationsforschung hingegen explizit auf die Verwendung wissenschaftlicher Methoden und Techniken zum Zweck der Durchführung einer Bewertung stützt (Wottawa und Thierau, 1998; Heidegger, 2006; Lüders, 2006).

Evaluationsforschung wird hier als Antwort auf den Bedarf an wissenschaftlich abgesicherten Nachweisen zur Effektivität, Effizienz, Zielerreichung, Qualität und Akzeptanz von Bildungsprozessen verstanden (von Kardoff, 2007). Als wissenschaftsbasierte Dienstleistung (Beywl, 2006) rechtfertigt sie sich dabei nicht durch das Finden absoluter Wahrheiten. Vielmehr leistet sie durch ihre unabhängig gewonnenen, systematischen, datengestützten Beschreibungen und Bewertungen eine empirisch fundierte Erkenntnis-, Kontroll-, Dialog- und Legitimationsfunktion (Stockmann, 2004) und damit einen Beitrag zu Planungs- und Entscheidungsprozessen (Wottawa und Thierau, 1998; Kuckartz et al., 2007; von Kardoff, 2007). Sie regt Veränderungen und Lernprozesse an, dokumentiert und begleitet sie (von Kardoff, 2007). Die vorliegende Arbeit hat dabei summativen, formativen und wissensgenerierenden Evaluationscharakter.

Summativ ist sie in Bezug auf den Untersuchungszeitpunkt und die Erkenntnisinteressen (LoBiondo-Wood und Haber, 1996) der im Folgenden vorzustellenden Teiluntersuchungen 1 und 2 zum Ende sowie ein Jahr nach Ende des ersten Pilot-projektkurses zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA. Formativ ist sie, weil die Resultate dieser Etappe interventionistisch auf die Weiterentwicklung der beiden Berufsausbildungen einfließen (können) (Wottawa und Thierau, 1998; Gebert und Kneubühler, 2003). Und wissensgenerierend ist sie aufgrund der Breite des Evaluationsansatzes. Durch die vier Teiluntersuchungen ergibt sich eine Mehrperspektivität auf den Untersuchungsgegenstand und die Möglichkeit, übergreifenden Fragen nachzugehen (Hupfer, 2007; Darmann-Finck und Foth, 2011).

4.2 Qualitativ orientiertes Mixed-Methods-Design

Berufe und ihre Entwicklungen lassen sich nicht isoliert, sondern nur in Bezug zu den o. g. Rahmenpunkten und zu anderen Berufen innerhalb eines gemeinsamen Feldes und nicht unabhängig von den Menschen verstehen, die in diesen Berufen tätig sind. Folglich war ein Forschungsdesign zu wählen, dass „verschiedenen Stimmen Gehör verschafft“ (Winter, 2009), d. h. eine relationale und akteursbezogene Betrachtungsweise ermöglicht (Karrer, 1995). Dazu wurde ein Design mit vier Teiluntersuchungen gewählt. Die Teiluntersuchungen tragen aus verschiedenen Perspektiven Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen und zum Erreichen des Forschungsziels bei (s. Abb. 7).

Das Forschungsdesign beruht dabei auf einem integrativen Verständnis von Forschungsmethoden (Mayring, 2007). Es lässt sich in Anlehnung an die Unterscheidung von methodenübergreifenden Triangulations- bzw. von Mixed-Methods-Designs als ein integriertes „qualitativ-dominant/quantitativ-lessdominant design“ (auch: qualitativ orientiertes Mixed-Methods-Design) bezeichnen, d. h. dass es im Wesentlichen dem qualitativen Forschungsansatz verpflichtet ist und den quantitativen Ansatz hinzuzieht (Creswell, 2008; Schreier und Odağ, 2010).

Die Wahl eines qualitativ orientierten Ansatzes lag dabei aufgrund des Charakters des Erkenntnisinteresses nahe (s. o.). Dies begründet sich aus der Intention qualitativer Forschung, den Nachvollzug des sub-

pektiv gemeinten Sinns, die Deskription sozialen Handelns und die Rekonstruktion von deutungs- und handlungsgenerierenden Strukturen zu ermöglichen (Lamnek, 2005; Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010).

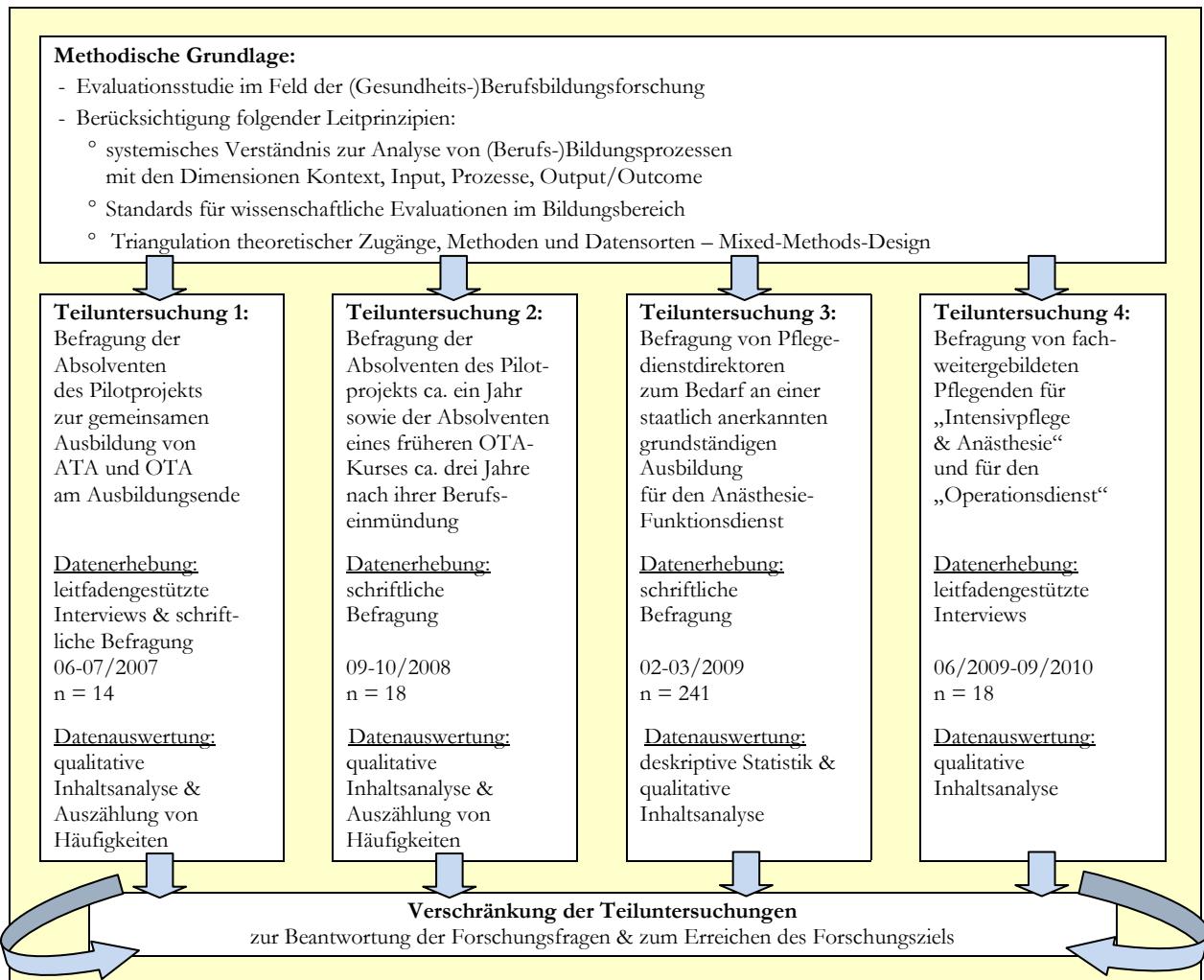


Abb. 7: Schematische Darstellung des Forschungsdesigns

Qualitative Methoden eignen sich, wenn nur wenig über einen Gegenstand bekannt ist. Sie zielen auf die direkte Eruierung der empirischen Welt und ermöglichen üblicherweise eine größere Offenheit und die Berücksichtigung der Perspektive der Beteiligten, weshalb von einem Zugewinn an Erkenntnissen gegenüber einem standardisierten (quantitativen) Vorgehen ausgegangen werden kann (Kuckartz et al. 2007).

Dadurch ergibt sich zugleich jener eigenständige Status qualitativer Evaluationsforschung, der Prozesse beobachtet, Entwicklungen einschließlich von Erfolgen und Misserfolgen unter Berücksichtigung der je spezifischen Rahmenbedingungen rekonstruiert und dokumentiert sowie subjektive Sichtweisen und Interessen der Beteiligten transparent und nachvollziehbar macht (von Kardoff 2006; Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010).

In der vorliegenden Arbeit wurden als qualitative Methoden leitfadengestützte Interviews (s. Teiluntersuchung (kurz: TU) 1 und 4) und in den schriftlichen Befragungen offene Fragen eingesetzt (s. TU 1, 2 und 3) (s. auch Kap. 4.3-4.6).

Die Nutzung quantitativer Methoden, die theoriegeleitet mittels standardisierter Erhebungs- und statistischer Auswertungsmethoden Hypothesen prüft, um kausale Beziehungen zwischen Variablen nachzuweisen und daraus allgemeingültige Aussagen abzuleiten (Bartholomeyczik et al., 2008), beschränkte sich in dieser Arbeit auf eine nicht-experimentelle, deskriptive Zielstellung. Zusammenhangs- und Kausalanalysen waren nicht intendiert.

Als quantitative Methode kamen in der vorliegenden Arbeit schriftliche standardisierte Befragungen zum Einsatz. In der TU 3 hatte die Befragung repräsentativen Charakter und konnten die erhobenen Daten mittels deskriptiver Statistik ausgewertet werden (s. Kap. 4.5). In den TU 1 und 2 verblieb die Auswertung aufgrund der kleinen Teilnehmerzahlen bei einfachen Auszählungen und der Darstellung einfacher Häufigkeitsverteilungen i. S. einer Quasi-Statistik (Lamnek, 2005) (s. Kap. 4.3 & 4.4).

Triangulation von Perspektiven, Daten und Methoden: Die Bearbeitung der Forschungsfragen erfolgte mittels eines Mixed-Methods-Design (s. o.). In diesem wurde eine Triangulation unterschiedlicher theoretischer Zugänge, Methoden und Datensorten genutzt.

Bei einem solchen Vorgehen geht es nicht darum festzustellen, welcher Ansatz „die richtigeren Ergebnisse erbringt“ (Mayring, 2001) oder um „Meinungsvielfalt [zu] dokumentieren“ (Gieseke, 2007). Sein Potenzial besteht vielmehr darin, verschiedene Ebenen eines Untersuchungsgegenstandes zu entfalten und systematisch unterschiedliche Sicht- und Denkweisen bzw. Perspektiven nachzuzeichnen und zu verbinden. Diese können übereinstimmen, einander ergänzen oder sich widersprechen (Flick, 2004; Lamnek, 2005; Winter, 2009). Auf diese Weise kann durch ein breites, differenziertes Bild des untersuchten Gegenstands zur Erkenntnisweiterung beigetragen (Flick, 2004).

Triangulation ist dabei nur dann legitim, wenn die verschiedenen Zugänge in der Planung der Untersuchung sowie bei der Sammlung und Analyse der Daten eine weitgehende Gleichberechtigung erhalten und sie jeweils in sich konsequent angewendet werden (Flick, 2004).

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden die vier TU der Arbeit unter Berücksichtigung des Gesamtforschungsziels und der eingangs formulierten Fragen (s. Kap. 3) als jeweils eigenständige, in sich geschlossene Untersuchungen konzipiert, durchgeführt und die Ergebnisse zunächst separat i. S. einer „Grundauswertung der Daten“ (Kirchhoff et al., 2006) zu Teilberichten und Publikationen aufbereitet (Selinger, 2008, 2009a,b, Selinger und Landenberger 2010, 2012).

Diesem Vorgehen entsprechend wird der methodische Gang der vier TU und der Zusammenführung der Ergebnisse im Folgenden jeweils separat dargestellt (s. Kap. 4.3-4.6). Querverweise sollen dabei vermeidbaren Wiederholungen entgegenwirken.

Umgang mit Vorwissen: Das Untersuchungsvorhaben war davon geprägt, auf der Basis eines zuvor (im Groben) erarbeiteten und im Prozess des empirischen Teils der Arbeit ergänzten theoretischen Vorwissens (s. Kap. 2), aber orientiert am Alltagswissen, unbekannte Aspekte zu entdecken und zu beschreiben (Flick et al., 2007); d. h., dass der Anspruch der qualitativen Forschung verfolgt wurde, den zu erhebenden Daten Priorität einzuräumen (Holloway und Wheeler, 1997).

Dabei dienten die literaturgestützten Ausarbeitungen der analytischen Zusammenfassung des bereits vorhandenen Wissens und als konzeptionelles Gerüst für den empirischen Teil der Untersuchung. Sie legen das Vorverständnis der Forscherin offen, führten jedoch – wie in der qualitativ orientierten Forschung üblich – nicht *a priori* zur Formulierung expliziter Hypothesen (Mayring, 2001, 2007; Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2010), sondern zur Präzisierung der Forschungsfragestellung durch die Ableitung von Teilfragen (s. Kap. 3), die die möglichen Ergebnisse nicht antizipieren (Mayring, 2001).

4.3 Teiluntersuchung 1: Befragung der Lernenden des Pilotprojekts zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA am Ausbildungsende

Erkenntnisinteresse: In der ersten Teiluntersuchung (TU 1) wurden im Juni und Juli 2007 die Lernenden des Pilotprojekts zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA wenige Wochen vor ihrem Berufseintritt mündlich und schriftlich befragt. Bei den angehenden ATA handelte es sich um die ersten Personen, die in Deutschland einen Abschluss in diesem Beruf erwarben. Die befragten OTA-Absolventen bildeten den zweiten Kurs, der am Ausbildungszentrum sowie an den klinischen Lernorten des Pilotprojekträgers ausgebildet wurde.

Das Hauptinteresse der Auftraggeber der Befragung bestand darin, aus der Perspektive der Absolventen eine bilanzierende Einschätzung sowie Hinweise auf Verbesserungsbedarfe in formalen und inhaltlichen Aspekten der Lernprozessgestaltung an den Lernorten Schule und Berufspraxis zu erhalten.

Die Befragung sollte den schulinternen Evaluationsprozess ergänzen. Es wurde erwartet, dass die Lernenden gegenüber der außenstehenden Forscherin mit größerer Offenheit auch kritische Aspekte äußern würden als sie dies bei bisherigen Befragungen durch die Kursleiterin des Pilotprojekts getan hatten.

Unter Berücksichtigung des Ziels und der Fragestellungen des Gesamtforschungsprojekts (s. Kap. 3), wurde über diese Einblicke in den „Binnenbereich der Berufsausbildung“ (Albert, 1999) hinaus, u. a. auch der Berufswahlprozess der Absolventen nachvollzogen. Weiterhin wurden Fragen nach ihrem Berufsverständnis gestellt. Auch wurde erkundet, welche Berufs- und Lebenspläne sie haben und welche Entwicklungspotentiale sie für ihr Berufsbild im Gefüge der Berufsgruppen in der Anästhesie und im OP sehen.

Interviewleitfaden- und Fragebogenentwicklung: Zur Befragung wurde die Form des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1989) gewählt. Auf der Grundlage der zum Befragungszeitpunkt des theoretischen Hintergrunds wurde ein Interviewleitfaden mit zehn Themenfeldern konstruiert (s. Anhang B). Er organisierte das Hintergrundwissen der Forscherin und sollte das Ansprechen der für forschungsrelevant erkannten Themen sowie eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviews ermöglichen.

In den Interviews wurden unterschiedliche Fragetypen genutzt. Sie sollten Narrativa, Argumentationen sowie Begriffsexplikationen und damit Datensorten unterschiedlicher Konkretheit sowie Bezug zum Interviewten und somit eine Mischform zwischen individuellem und sozialem Denken und Wissen anregen (Flick, 2004).

Die Interviews wurden durch eine unmittelbar daran anschließende schriftliche, strukturierte Befragung ergänzt. Diese diente der Erfassung soziodemografischer Angaben und der Eruierung einiger quantitativ

erfassbarer Aspekte zu Motiven der Berufswahl und zur Qualität der Ausbildung. Der dafür genutzte Fragebogen gliederte sich in drei Teile: A) Soziodemografische Angaben, B) Berufswahl und Berufsent-scheidung sowie C) Gestaltung der Ausbildung (s. Anhang B).

Im Bewusstsein, dass die Konstruktion und testtheoretischen Validierung eines standardisierten Instruments aufwendig und in der vorliegenden Arbeit nicht zu leisten waren, wurde auf Frageninventare aus anderen Studien zurückgegriffen.

Für den Fragebogenteil B, der als Ergänzung der Interviewfragen zum Berufswahlprozess diente, wurde ein Bogen mit einer Unterscheidung nach intrinsischen und extrinsischen Motiven aus einer Untersuchung zu Berufswahlmotiven und -erwartungen bei Krankenpflegeschülern genutzt (Veit, 1996, 1998). Die Fraugenbatterie enthielt 29 Items, die mittels einer siebenstufigen Likertskala zu beantworten waren.

Für den Teil C wurde eine gekürzte Form eines Fragebogens aus dem Instrumentarium „Selbstevaluation in Schulen (SEIS)“ verwendet. Dieses wurde innerhalb des von der Bertelsmann Stiftung geförderten „Internationalen Netzwerks Innovativer Schulsysteme (INIS)“ auf der Basis systematischer Recherchen und eines Konsensverfahrens zum „Qualitätsverständnis von guter Schule“ von Experten aus Bildungswissenschaft und -aufsicht entwickelt (Stern et al., 2006). Der Fragebogenteil C bestand aus 22 Fragen mit 54 Einzelitems und jeweils fünfstufiger Likertskala. Die Fragen bezogen sich auf das Lern- und Arbeitsverhalten der Befragten, auf Einschätzungen zur didaktisch-methodischen Gestaltung des Unterrichts und auf das Arbeitsklima am Lernort Schule. Nachteilig an ihm ist, dass er nur wenige Items zum Lernen in der Praxis enthält. Das lässt sich damit erklären, dass der Fragebogen für das duale Berufsbildungssystem entwickelt wurde. In diesem bestehen für Schule und Praxis je eigene Verantwortungsbereiche. Eine Evaluation der Qualität einer Schule, wie dies mit dem SEIS-System geschieht, blendet deshalb das Lernen in der Praxis, für das die Betriebe/Praxisorte die Verantwortung tragen, weitgehend aus.

Der Interviewleitfaden sowie der Fragebogen für die TU 1 wurden einem Pretest mit drei Pflegenden aus den Handlungsfeldern Anästhesie- und OP-Funktionsdienst unterzogen. Der Pretest verfolgte vorrangig drei Aspekte, und zwar das Einfinden in die Interviewerrolle, den Umgang mit dem Interviewleitfaden und v. a. die Prüfung der vorbereiteten Themenbereiche des Leitfadens und des Fragebogens auf inhaltliche Verständlichkeit und Ergänzungsnotwendigkeiten. Inhaltliche Änderungen am Interviewleitfaden und Fragebogen waren nicht nötig. Das Layout des Fragebogens wurde jedoch überarbeitet.

Feldzugang, Datensammlung & Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer: Die Interviewpartner wurden mit dem Einverständnis des Ausbildungsträgers etwa zwei Wochen vor Beginn der Befragungsphase im Klassenverband über das Vorhaben informiert. Sie erhielten für etwaige Rückfragen ein Merkblatt mit den Kontaktdataen der Untersucherin. Bei der Vereinbarung der Interviewtermine unterstützten die Kursleiterin des Pilotprojektkurses und die leitende Pflegeperson des Zentral-OPs. Die Termine wurden so gelegt, dass die Interviewpartner sie während oder gegen Ende ihrer regulären Arbeitszeit wahrnehmen konnten. Zum Termin selbst wurden sie nochmals über die Untersuchung

informiert. Ihnen wurde auch verdeutlicht, dass sie das Interview ablehnen können und zugesichert, vertrauensvoll mit ihren Angaben bzw. ggf. der Ablehnung der Befragung umzugehen (s. Anhang B).

Letztlich fanden zwölf Befragungen mit insgesamt vierzehn der achtzehn Lernenden des Pilotprojekts statt; mit acht angehenden ATA und sechs OTA. Eine Kurzbeschreibung der Interviewsituationen und der Teilnehmenden findet sich in Anhang C.

Elf Befragungen liefen als Einzel- und eine als Gruppeninterview mit drei Teilnehmenden ab. Letzteres ergab sich aus Terminverschiebungen und daraus, dass eine Lernende zwar teilnehmen, aber nicht allein befragt werden wollte. Vier Lernende, eine ATA und drei OTA, nahmen nicht an der Befragung teil; eine befand sich zum Befragungszeitpunkt im Mutterschutz und bei den anderen drei ist anzunehmen, dass sie sich nicht äußern wollten. Sie zeigten dies durch Nichterscheinen zum vereinbarten Termin. Auf neue Terminvorschläge, jetzt durch die Untersucherin, erfolgten keine Rückmeldungen.

Datenaufbereitung und -auswertung: Die Interviews wurden von der Untersucherin nach dem bei Lamnek (2005) beschriebenen Vorgehen als vollständige Transkription in Form einer Übertragung in Schriftdeutsch aufbereitet. Hierfür wurden eine Reihe von Sonderzeichen für sprachliche und nonverbale Aspekte, z. B. für kürzere und längere Pausen, Lachen, Räuspern, Unterbrechungen und Ähnliches genutzt (s. Abkürzungsverzeichnis). Zugleich wurden Personen- und Ortsnamen durch andere Kennelemente ersetzt. Eine Übertragung dialektischer und syntaktischer Einzelheiten unterblieb. Diese wurden für die hier interessierenden Fragestellungen als vernachlässigbar eingeschätzt. Die Transkripte wurden, wie von Lamnek (2005) empfohlen, mit einem Zeitversatz noch einmal mit der Tonaufnahme abgeglichen und dabei Tipp- und Hörfehler ausgebessert.

Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte mit dem Anspruch, eine möglichst getreue Rekonstruktion der Verbalisierungen der Interviewten im kontextuellen Sinn- und Deutungsgefüge zu gewährleisten, um sie anschließend einer kategorial abgestützten, generalisierenden Zuordnung zuführen und bewerten zu können (Witzel, 1982). Dazu wurden das bei Lamnek (2005) beschriebene qualitativ-reduktive Auswertungsverfahren mit den vier Phasen Transkription, Einzelanalyse, generalisierende Analyse und Kontrollphase sowie eine themenorientierte Darstellungsform gewählt.

Zur Minimierung der Gefahr von Fehlinterpretationen durch die bei der Analyse stattgefundene Reduktion des Materials, wurde anschließend nochmals mit Hilfe der Transkripte eine Selbstkontrolle durchgeführt. Idealerweise sollte diese durch die Fremdkontrolle einer weiteren Person oder einer Forschergruppe ergänzt werden. Diese Möglichkeit war bei der Erstellung dieser Arbeit nicht möglich. Somit ist die Anfälligkeit für Fehldeutungen erhöht und die Sicherheit der gezogenen Schlüsse eingeschränkt²⁶.

²⁶ Das methodische Vorgehen sowie zentrale Ergebnisse der ersten TU wurden den Teilnehmern des sechsten Arbeitstreffens der Bundesarbeitsgemeinschaft ATA (30.10.2007) vorgestellt. Der stattgefundene Austausch genügt nach Einschätzung der Untersucherin jedoch den Kriterien einer intersubjektiven Interpretationsabsicherung nur eingeschränkt. Vergleichbar wurde auch für die Teiluntersuchungen 3 und 4 verfahren (s. 4.5 & 4.6). Hier erfolgte die Vorstellung und Diskussion der Erkenntnisse im Zuge des neunten bzw. zehnten Arbeitstreffens der Bundesarbeitsgemeinschaft ATA im März 2009 in Frankfurt am Main bzw. im Oktober 2009 in Halle (Saale).

Um dem Anspruch der qualitativen Forschung zu entsprechen, Wertvorstellungen, Sichtweisen und persönliche Realitäten der Untersuchungsteilnehmer aufzuzeigen, erfolgt in Kapitel 5.1 die Ergebnisdarstellung gestützt auf exemplarische wörtliche Wiedergaben von Interviewaussagen.

Die Antworten aus der schriftlichen Befragung wurden als Auszählungen in Form von Tabellen und Diagrammen aufbereitet. Aufgrund der kleinen Zahl von vierzehn Untersuchungsteilnehmern wurden ausschließlich absolute Zahlen und einfache Häufigkeitsverteilungen genutzt (Lamnek, 2005). Eine umfängliche statistische Auswertung unter Angabe von Lage- und Streuungsmaßen ist hier nicht angezeigt. Mit dem Wissen, dass die Verteilungsmuster der Antworten auch auf Zufall beruhen und bereits durch einzelne Antworten augenscheinlich andere Antwortmuster zu einzelnen Items entstehen können, werden in der Ergebnisdarstellung diverse Auffälligkeiten in den Angaben der Befragten und die daraus abgeleiteten Thesen mit der notwendigen Zurückhaltung formuliert. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung werden dabei nicht gesondert, sondern gemeinsam mit der Ergebnisdarstellung der mündlichen Befragung innerhalb der jeweiligen thematischen Schwerpunkte dargelegt.

4.4 Teiluntersuchung 2: Befragung der Lernenden nach ihrer Einmündung in den Beruf

Erkenntnisinteresse: Während sich die Ausbildung für OTA bereits seit Anfang der 1990er Jahre in Deutschland etabliert, war der Kurs „OTA 02“ der erste dieser Art im Ausbildungszentrum der Auftraggeber der Untersuchung. Deshalb sollten auch diese Absolventen, ohne genau vorgegebene Fragestellungen, ebenfalls einbezogen werden. Die Untersucherin kam diesem Wunsch nach und erwartete von der Befragung der Absolventen dieses Kurses zweierlei möglichen Erkenntnisgewinn: Zum Ersten konnten die OTA des Kurses 2002 mit zum Befragungszeitpunkt ca. dreijähriger Berufserfahrung, in Bezug auf die rückblickenden Einschätzungen zur Angemessenheit der Ausbildung, als Vergleichsgruppe zu den Absolventen des Kurses „OTA 04“ gesehen werden, die innerhalb des Pilotprojekts im gemeinsamen Klassenverband mit dem Kurs „ATA 04“ ausgebildet wurden. Ggf. auftretende Abweichungen in den Einschätzungen der beiden OTA-Teilgruppen könnten mit der unterschiedlichen Gestaltung der Ausbildung – einmal als eigenständige und das andere Mal als integrierte Form – zusammenhängen. Zum Zweiten war es möglich, dass die OTA 02-Absolventen, durch ihre im Vergleich zu den Absolventen des Pilotprojekts deutlich längere Berufstätigkeit im OP, zu einem breiteren Bild an Einschätzungen beitragen konnten.

Fragebogenentwicklung: Zur Nachbefragung der Absolventen wurde die schriftliche Form der Befragung gewählt. Die Nutzung eines Fragebogens stellt hier eine Kompromisslösung zum Interview dar, das aufgrund der geringen Kenntnisse über den Untersuchungsgegenstand aufschlussreicher hätte sein können. Die Entscheidung dazu fiel aufgrund der nicht zustande gekommenen, ursprünglich für den Herbst 2007 vorgesehenen, mündlichen Befragung der Absolventen des Ausbildungskurses OTA 02.

Diese waren postalisch um ein Interview gebeten worden. Auf diese Anfrage reagierte nur eine von vierzehn Personen. Die Methode des Interviews könnte ein Grund dafür gewesen sein. Eine ähnliche Reaktion wurde auch für die Absolventen des Pilotprojektkurses OTA 04 & ATA 04 erwartet, die im Herbst 2008, d. h. etwa ein Jahr nach ihrem Berufseintritt, befragt werden sollten.

Interviews verlangen ein wesentlich weiter gehendes Sich-Einlassen der befragten Person, als dies für die Bearbeitung eines Fragebogens notwendig ist (Flick, 2006a). Zudem sind sie mit weiteren, für dieses Klientel offensichtlich (nicht) „in Kauf zu nehmenden Zumutungen“ (Wolff, 2007) verbunden, wie das Erübrigen von Zeit für ein Gespräch, das Schenken von Vertrauen ohne Sicherheiten und das Sich-Aussetzen kommunikativer Zugzwänge in einem Interview (ebd.; Flick, 2004). Eine schriftliche Befragung hingegen wird von den Teilnehmern möglicherweise als weniger selbstoffenbarend und aufwendig betrachtet. Die Angesprochenen können den Fragebogen anonym ausfüllen und müssen dabei nicht aus der Masse heraustreten. Dies kann für sie insbesondere dann wichtig sein, wenn vertrauliche Problembereiche angesprochen werden (Wolff, 2007; Flick, 2004).

Die Gestaltung des Fragebogens wurde wesentlich dadurch bestimmt, dass neben konkreten Fakten v. a. auch persönliche Einstellungen, Motive, Werthaltungen, Sichtweisen und Wünsche der Berufseinsteiger eruiert werden sollten (Kirchhoff et al., 2006). Diese lassen sich in einer freien Beantwortung vielfach zielgenauer erfassen, als dies mit standardisierten, geschlossenen Fragen möglich ist (Flick, 2006a). Deshalb wurden ergänzend eine Reihe offener Fragen genutzt, was zwar die Datenaufbereitung und -auswertung erschweren kann, bei der geringen Teilnehmerzahl jedoch handhabbar erschien.

Die Fragebogenentwicklung orientierte sich wesentlich an den Frageninventaren aus zwei Untersuchungen der Berufsbildungsforschung in der Altenpflege (Becker, Meifort, 1997; Menke, 2005). Entsprechend waren Anpassungen nötig. Der Fragebogen gliederte sich in fünf Themenbereiche: A) Berufswahl und Berufsbild, B) Rückschau auf die Ausbildung, C) Jetzige Tätigkeit und berufliche Erfahrungen, D) Berufliche Pläne und E) Fragen zur Person (s. Anhang D). Zur Wahrung der Anonymität wurden die soziografischen Abfragen auf ein Minimum beschränkt. Eine personenbezogene Verknüpfung der Daten dieser Befragung mit denen aus der Befragung am Ausbildungsende unterblieb (s. Kap. 4.3). Aus den Angaben ist nicht erkennbar, in welcher Einrichtung die Befragten tätig geworden sind.

Der Fragebogen wurde einem Pretest mit zunächst zwei Personen – einer Auszubildenden und einer Pflegenden – unterzogen. Beim Ausfüllen des Bogens sollten sie den Aufbau auf Schlüssigkeit gegenlesen und die Fragenformulierungen auf ihre Verständlichkeit, Stimmigkeit bzw. Suggestibilität überprüfen. Sie sollten auch Auskünfte über mögliche Barrieren gegenüber einzelnen Fragen geben.

Einer Person fiel auf, dass in mehreren Fragen sehr ähnliche Formulierungen vorkamen. Eine Frage erschien beiden Personen suggestiv. Der Fragebogen wurde den beiden Pretestpersonen in zwei Layouts vorgelegt. Die geäußerten Eindrücke zu Optik und Übersichtlichkeit waren gegensätzlich. An mehreren Stellen wurden daraufhin inhaltliche und formale Änderungen vorgenommen. Anschließend wurde der Test noch einmal mit fünf Personen aus Pflegeausbildung und -praxis wiederholt. Am Ende entschied sich die Untersucherin für eine Kompromisslösung aus den geäußerten Eindrücken. Für jede der drei zu befragenden Teilgruppen – OTA 02, OTA 04 und ATA 04 – wurde der Fragebogen mit dem Ziel der persönlicheren Ansprache jeweils an einigen Stellen sprachlich angepasst. Der Bedeutungsgehalt der Fragen blieb davon unberührt.

Feldzugang, Datensammlung & Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer: Die Befragung fand im September und Oktober 2008 statt. Zunächst wurden alle 32 Absolventen der Kurse OTA 02 (16 Personen), OTA 04 (8 Personen) und ATA 04 (8 Personen) über die zum Ende ihrer Ausbildung hinterlassenen Kontaktdaten postalisch über die geplante Befragung informiert (s. Anhang D). Dieses Vorgehen sollte dazu beitragen, die Bereitschaft zur Beantwortung des Fragebogens zu erhöhen. Die potentiellen Teilnehmer sollten nicht unvermittelt mit einem recht umfangreichen Bogen konfrontiert werden. Dabei stellten sich acht Adressen als nicht mehr zutreffend heraus. Insgesamt konnte danach 26 Absolventen – 24 auf dem Postweg und zwei über den persönlichen Kontakt ihrer ehemaligen Kursleiterin – ein Fragebogen zugestellt werden. Die Gewährleistung der anonymen Rückantwort wurde durch Beilegen frankierter und voradressierter Kuverts ermöglicht. Als Dankeschön für die Bearbeitung des Fragebogens, die etwa dreißig Minuten dauerte, wurden Büchergutscheine im Wert von 10 € beigelegt. Diese stellten aus Sicht der Untersucherin keinen unangemessenen Druck zur Beantwortung des Fragebogens dar.

Mit 19 von 26 Fragebögen wurde ein guter Rücklauf erreicht (s. Tab. 2). In allen drei Teilgruppen – ATA 04, OTA 04 und OTA 02 – waren dabei sowohl Frauen als auch Männer vertreten. Die Altersspanne der Befragten war im Kurs OTA 02 am größten; sie lag zwischen den Jahrgängen 1967 und 1980, im Mittel bei 1973. Damit ist diese Gruppe der Befragten im Schnitt deutlich älter als die Personen der Kurse OTA 04 (Jahrgänge 1978 bis 1985, im Mittel 1982) und ATA 04 (Jahrgänge 1978 bis 1987, im Mittel 1983).

Tab. 2: Angaben zum Rücklauf der Absolventen-Nachbefragung

Kurs	max. befragbare Personen			zugestellte Fragebögen	beantwortete Fragebögen		
	Frauen	Männer	zusammen		Frauen	Männer	zusammen
ATA 04	6	3	9	8	4	1	5
OTA 04	6	3	9	8	4 (3)	3	7 ²⁷ (6)
OTA 02	7	7	14	10	4	3	7
gesamt	19	13	32	26	12 (11)	7	19 (18)

Datenaufbereitung und -auswertung: Die in den Fragebögen frei formulierten Antworten wurden unter Angabe der jeweiligen Codierung²⁸ des Fragebogens, aus dem sie entnommen wurden, wörtlich in ein Word-Dokument übertragen und qualitativ-reduktiv ausgewertet. Die Angaben der standardisierten Fragen wurden deskriptiv mit Excel bearbeitet. Wegen der kleinen Teilnehmerzahl finden sich in der Ergebnisdarstellung dieser Teiluntersuchung, wie in TU 1, lediglich einfache Häufigkeitsverteilungen. Eingehende Analysen, z. B. die Angabe von Streuungsmaßen, verbieten sich hier. Aus den Ergebnissen kann nicht auf die Grundgesamtheit der OTA- und ATA-Absolventen in Deutschland geschlossen werden. Allenfalls lassen sich zu prüfende Thesen ableiten.

²⁷ Eine Teilnehmerin aus dem Kurs OTA 04 nahm nach Abschluss der Ausbildung keine Beschäftigung in diesem Beruf auf. Sie machte deshalb, wie für diesen Fall vorgesehen, nur auf der ersten Fragebogenseite Angaben. In der Ergebnisdarstellung finden sich daher für die Teilgruppe OTA 04 Angaben von sechs anstelle von sieben Personen.

²⁸ Die Codierungen bestehen aus einer Abkürzung für die Zuordnung zur befragten Teilgruppe und einer Zahl, die in der Reihenfolge des Fragebogenrücklaufs vergeben wurde. Für die Teilgruppe ATA 04 stehen die Codierungen A04.1 bis A04.5, für die OTA 04 O04.1 bis O04.7 und für die OTA 02 O02.1 bis O02.7.

4.5 Teiluntersuchung 3: Befragung von Pflegedienstdirektoren

Erkenntnisinteresse: Die Entwicklung neuer Berufsbilder, wie hier in den Handlungsfeldern Anästhesie und OP-Dienst, setzen einen entsprechenden Bedarf voraus. Bedarf wird hier verstanden als Nachfrage nach Personal mit einem bestimmten Berufsbild bzw. einem spezifischen Qualifikationsbündel. Das Forschungsziel der dritten Teiluntersuchung bestand dahingehend darin, Erkenntnisse zum gegenwärtigen und zum zukünftigen Bedarf an einer staatlich anerkannten, primärqualifizierenden Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst (etwa i. S. der ATA-Ausbildung) zu gewinnen.

Hierzu bot es sich an, deutschlandweit Pflegedienstdirektoren zu befragen. Innerhalb der Krankenhäuser erschienen sie als die geeigneten Ansprechpartner, da sie die wesentlichen Entscheidungsträger in Bezug auf Personalfragen im, zum Pflegedienst gehörenden, Anästhesie-Funktionsdienst sind.

Zur Erkundung des Bedarfs an einer Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst wurden auf der Basis des theoretischen Rahmens des Gesamtforschungsprojekts Teilfragestellungen abgeleitet. Sie sollten Antworten darauf geben, ob derzeit ein Mangel an (Fach-)Personal im Anästhesie-Funktionsdienst besteht und/oder ob in naher Zukunft damit zu rechnen ist. Es interessierte weiterhin, was für und gegen eine grundständige Ausbildung spricht und ob diese in vergleichbarer Weise wie die etablierte Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie“ auf die Anforderungen im Praxisfeld vorbereiten kann. Zudem sollte eruiert werden, ob in den Krankenhäusern Bereitschaft besteht, bei der Etablierung eines solchen Berufsbildes mitzuwirken. Im Hinblick auf weitere Entwicklungen wurde auch um Einschätzungen zu zukünftig notwendigen Qualifikationsprofilen in diesem Handlungsfeld gebeten.

Fragebogenentwicklung: Zur Bearbeitung dieser Teiluntersuchung wurde innerhalb des quantitativen Forschungsansatzes die Methode der schriftlichen Befragung gewählt. Es wurde ein Fragebogen mit fünf Themenfeldern und insgesamt 27, teils mehrteiligen, überwiegend geschlossenen, aber auch vier offenen Fragen konstruiert (s. Anhang E).

Orientierung boten dabei in methodischer Hinsicht zwei zum damaligen Zeitpunkt neue Arbeitsbücher zur Fragebogenerstellung (Porst, 2008; Faulbaum et al., 2009) und für die konkreten Fragenformulierungen und Antwortkategorien das „Pflege-Thermometer 2007“ (Isfort und Weidner, 2007) sowie die jährlichen Umfrageberichte des „Krankenhaus Barometer[s]“ (Blum et al., 2006-2008). Diese Anlehnung sollte Anknüpfungspunkte für die Ergebnisinterpretation ermöglichen.

Der Fragebogen erhielt nach drei Pretestrunden, in die vierzehn Personen – vier Pflegedienstdirektoren, drei Stellvertreter, fünf Personen aus dem mittleren und oberen Pflegemanagement sowie zwei Kollegen der Untersucherin – einbezogen waren, noch entsprechende Anpassungen.

Feldzugang, Datensammlung & Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer: Die Befragung fand im Februar und März 2009 statt. Mittels Zufallszahlen wurde für jedes Bundesland eine 20%ige Stichprobe der im Deutschen Krankenhausverzeichnis vermerkten Krankenhäuser (DKTiG, 2008) gezogen. Anhand der einsehbaren Kurzprofile der Einrichtungen wurde geprüft, ob ein operativer Funktionsbereich vorgehalten und damit Anästhesiepersonal beschäftigt wird. Für die Häuser in der Stichprobe, für

die dies nicht zutraf oder bei denen es sich um Universitätskliniken (im Folgenden kurz: Unikliniken) handelte, wurden Ersatzeinrichtungen ermittelt. Die Größe der Stichprobe ergab sich aus dem Anspruch, ein möglichst repräsentatives Bild erhalten zu wollen und aus der Notwendigkeit heraus, pragmatische Aspekte, wie die Kosten, berücksichtigen zu müssen.

Die Einschätzungen der Pflegedienstdirektoren der Unikliniken wurden in einer zweiten Stichprobe als Vollerhebung gesammelt. Damit wurde dem Wunsch der Auftraggeber der Untersuchung nachgekommen, Erkenntnisse speziell aus den Universitätskliniken zu erhalten.

Mit dem Ziel einer persönlichen Ansprache der potenziellen Befragungsteilnehmer, von der anzunehmen ist, dass sie die Rücklaufquote erhöht, wurden ihre Namen recherchiert.

Den Ergebnissen dieser Teiluntersuchung liegen, ausgehend von einer Stichprobe von 426 Krankenhäusern (394 allgemein & 32 Unikliniken) und einer Rücklaufquote von gesamt 56,7% (54,8% für die Krankenhäuser allgemein & 78% für die Unikliniken), Antworten aus insgesamt 241 Krankenhäusern (216 allgemein & 25 Unikliniken) zugrunde. Die Angaben zur Struktur der Krankenhäuser nach Bettenzahl, Versorgungsstufe, Trägerschaft sowie ihre Verteilung auf die Bundesländer, zeigt im Vergleich zur Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes eine gute Übereinstimmung (destatis, 2009) (s. Tab. 3). Die Stichprobe kann damit als repräsentativ für die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser mit operativem Bereich angesehen werden. Einschließlich der separat untersuchten Unikliniken liegen für ca. jedes achte deutsche Krankenhaus mit operativem Bereich Antworten vor.

Den Angaben zufolge wurden dabei 87% der Fragebögen von Pflegedienstdirektoren selbst beantwortet, in den übrigen Fällen von anderen Personen, zumeist des pflegerischen Leiters des Funktionsbereichs OP und/oder Anästhesie, eines Mitarbeiters des Personalwesens oder der Krankenhausgeschäftsführung.

Tab. 3: Strukturdaten der befragten Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken), n=216

Befragte Krankenhäuser								
nach Bettenzahl			nach Versorgungsstufe*			nach Trägerschaft		
Bettenzahl	Häufigkeit	Prozent	Versorgungsstufe	Häufigkeit	Prozent	Trägerschaft	Häufigkeit	Prozent
bis 149 Betten	30	13,9	Grundversorg.	31	14,4	öffentlich-rechtl.	78	36,1
150-299	66	30,6	Regelversorg.	91	42,1	freigemeinnützig	89	41,2
300-599	81	37,5	Schwerpunktvt.	62	28,7	privat	33	15,3
ab 600	37	17,1	Maximalvers.	25	11,6	andere**	13	6
keine Angabe	2	0,9	keine Angabe	7	3,2	keine Angabe	3	1,4

*) 17 Mal wurden Doppelangaben gemacht. In diesen Fällen wurden die Einrichtungen der jeweils höheren Versorgungsstufe zugeordnet.

**) Einige in der Kategorie „andere“ enthaltene Angaben ließen sich den aufgeführten Trägerschaften zuordnen, bei anderen blieb dies unklar.

Datenaufbereitung und -auswertung: Die Aufbereitung und Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS 17.0 bzw. für die frei beantworteten Fragen nach deren wörtlichen Übertragung in ein Word-Dokument auf qualitativ-reduktive Weise.

Um Verzerrungen in der Ergebnisdarstellung zu vermeiden, die aus den zwei verschiedenen Formen der Stichprobenbildung entstehen könnten, wurden die Daten separat ausgewertet. In der folgenden Ergebnisdarstellung (s. Kap. 5.3) werden die Einschätzungen aus den Unikliniken dann aufgezeigt, wenn sie sich deutlich von denen aus den anderen Krankenhäusern unterscheiden.

4.6 Teiluntersuchung 4: Befragung von fachweitergebildeten Pflegenden

Erkenntnisinteresse: Ziel der vierten Teiluntersuchung war es, Sichtweisen und Einschätzungen zur Etablierung der ATA- sowie ferner der OTA-Ausbildung aus der Innenperspektive der Beschäftigungsfelder Anästhesie- und OP-Funktionsdienst zu erfassen. Dazu wurden Pflegende mit einem Fachweiterbildungsabschluss für „Intensivpflege & Anästhesie“ (I&A) sowie für den „Operationsdienst“ interviewt. Die Befragung dieser Personen erschien wesentlich, weil sie in den Wandel der Qualifizierungswege unmittelbar involviert sind. Aus diesen persönlichen Erfahrungen heraus nehmen sie möglicherweise andere Facetten im Berufswandlungsprozess wahr oder schreiben diesen anderen Bedeutungen zu als „externe“ Experten, die sich dem Thema z. B. aus (bildungs-)wissenschaftlicher, berufspolitischer oder ökonomischer Perspektive nähern.

Interviewleitfadenentwicklung: Vergleichbar der TU 1 wurden leitfadengestützte Interviews geführt (s. 4.3). Die Themenkreise des Interviewleitfadens betrafen insb. die bisherige berufliche Entwicklung der Gesprächspartner im Hinblick auf ihr Tätigwerden im Anästhesie-Funktionsdienst und/oder in der Intensivpflege bzw. im OP-Dienst sowie ihre Einschätzungen zum Inhalt, zur methodischen Gestaltung, zum Nutzen und zu Verbesserungsmöglichkeiten der absolvierten Fachweiterbildungen. Zudem ging es um ihre Einschätzungen zu den neuen Ausbildungen ATA bzw. OTA im Vergleich zu den etablierten Fachweiterbildungen, um ihre Wahrnehmungen zur interdisziplinären Kooperation in ihrem Arbeitsfeld und zur möglichen Übernahme von Aufgaben, die bisher Ärzten zugeordnet sind (s. Anhang F).

Feldzugang, Datensammlung & Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer: Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte im Rahmen einer Gelegenheitsstichprobe. Bei einer Reihe von I&A-Fachpflegenden wurde der Kontakt über eine in der FWB tätige Mitarbeiterin des hiesigen Universitätsklinikums vermittelt. Sie händigte der Untersucherin, nach dem Erfragen der Bereitschaft zu einem Interview bei möglichen Teilnehmern, deren Kontaktdaten aus. Drei weitere Interviews wurden über Kollegen der Untersucherin vermittelt und die anderen über Anfragen in verschiedenen Krankenhäusern. Gesucht wurden Interviewteilnehmer aus Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Versorgungsstufe, in unterschiedlichen Trägerschaften und Bundesländern. So sollten Gesprächspartner aus einem breiten Feld der Krankenhausversorgungslandschaft rekrutiert werden. Um möglichst unmittelbar erinnerbare Eindrücke der absolvierten Fachweiterbildung sammeln zu können, sollte der FWB-Abschluss nicht länger als zwei Jahre zurück liegen. Wie sich die Verteilung der Teilnehmer auf die benannten Merkmale ergab, wurde dabei letztlich dem Zufall überlassen. Jeder Interessierte, der sich auf der Basis der o. g. Kriterien zur Teilnahme bereit erklärte, wurde einbezogen.

Die Datensammlung fand für die Pflegenden aus dem Bereich „I&A“ zwischen Juli und September 2009 statt; die für die OP-Pflegenden wurde im August 2010 beendet. Es wurden sechzehn Interviews mit insgesamt achtzehn Pflegenden in die Auswertung aufgenommen; von zehn Personen mit einem Abschluss für „Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“ und von acht für den „OP-Dienst (OP)“²⁹. An zwei Interviews nahmen auf eigenen Wunsch je zwei Gesprächspartner teil.

Die Interviewworte bestimmten die Befragten. Fünfzehn Interviews fanden in Räumlichkeiten von sieben verschiedenen Krankenhäusern statt, d. h. in Stationsleitungs- und Arztzimmern, Seminar- oder Patientenaufenthaltsräumen oder in der Cafeteria. Ein Interview fand in der Wohnung einer Teilnehmerin statt. Acht Befragungen erfolgten während der Dienstzeit der Teilnehmer, zwei unmittelbar vor Dienstbeginn, fünf gegen oder unmittelbar nach Dienstende und eines in der Freizeit.

Die Interviews dauerten rund 35 bis 70, im Mittel 46 Minuten; die Dauer der Aufzeichnungen lag zwischen 26 und 55, im Mittel bei 35 Minuten. Sie wurden i. d. R. digital aufgezeichnet. In zwei Fällen unterblieb dies auf Wunsch der Befragten. Hier wurden stichpunktartige Mitschriften erstellt, die nach dem Gespräch ausformuliert und den Befragten mit Rückumschlägen zur Prüfung zugesendet wurden. Beide erklärten ihr Einverständnis, das so entstandene Protokoll verwenden zu dürfen, wobei in einem Fall einzelne Worte korrigiert und dem anderen Protokoll eine mehrseitige handschriftliche Ergänzung und Erläuterung des Notierten beigelegt wurde, die weit über die Schilderungen innerhalb des Interviews hinausgingen. Nähere Angaben zu den Interviewsituationen und -personen sind im Anhang G beigefügt.

Wenngleich gegen Ende der Datenerhebung für beide Teilgruppen keine gänzlich neuen Informationen mehr gewonnen wurden, ist allein aufgrund der geringen Anzahl der Befragten nicht von einer Datensaturierung (besser: Repräsentiertheit) auszugehen. Auch muss angemerkt werden, dass die Untersucherin nicht bei allen interessierenden oder widersprüchlichen Äußerungen eingehakt hat, um diese Aspekte weiter auszuloten. Dies erklärt sich damit, dass die eingeräumte Interviewzeit nicht überstrapaziert werden sollte und dass die Untersucherin z. T. auch reflexionsbedürftige Aussagen im Raum stehen ließ, weil deren eingehende Thematisierung möglicherweise das Gesprächsklima negativ beeinflusst hätte.

Datenaufbereitung und -auswertung: Die Interviews mit den Fachpflegenden wurden vergleichbar dem Vorgehen in der Teiluntersuchung 1 aufbereitet und ausgewertet (s. Kap. 4.3).

²⁹ Es wurden insgesamt zehn OP-Fachpflegende befragt. Zwei zogen nach Aufforderung ihrer Vorgesetzten ihr Einverständnis zur Verwertung ihrer Angaben zurück, weshalb nur acht Datensätze ausgewertet wurden.

5 Ergebnisse

In der nun folgenden Ergebnisdarstellung werden die zur Beantwortung der eingangs formulierten Fragestellungen zentralen Sichtweisen und Einschätzungen der drei Untersuchungsteilnehmergruppen – 1) ATA- und OTA-Absolventen, 2) Pflegedienstdirektoren sowie 3) I&A- und OP-Fachpflegende – aus den o. g. vier Teiluntersuchungen, separat nacheinander vorgestellt (s. Kap. 5.1-5.4).

Im Anschluss daran werden die spezifischen Beiträge der Teiluntersuchungen, unter Vergegenwärtigung des jeweils dazu bereits vorhandenen Wissens (s. Kap. 2), zur Beantwortung der eingangs gestellten Teilstufen des Gesamtprojekts sowie damit schließlich zur Beantwortung der Hauptfragestellung und zum Erreichen des Forschungsziels konvergierend verschränkt (s. Kap. 6.1).

5.1 Der Blickwinkel der Absolventen des Pilotprojekts zur gemeinsamen Qualifizierung von ATA und OTA am Ausbildungsende

5.1.1 Wege in die neuen Berufe – zwischen Berufswahl und -zuweisungsprozess

Während sich die sechs befragten angehenden OTA direkt für diese Ausbildung beworben hatten, stellte sich die Situation bei den ATA aufgrund der Neuartigkeit dieses Berufskonzepts anders dar. Die meisten angehenden ATA hatten sich um eine andere Ausbildung, z. B. für die Krankenpflege (A3, A5, A8)³⁰, das Hebammenwesen (A7) oder die Operationstechnische Assistenz (A6) beworben, hierfür erfolgreich ein Bewerberauswahlverfahren durchlaufen, jedoch nur einen Wartelistenplatz für eine Ausbildungsstelle erhalten. Die Umorientierung auf die ATA-Ausbildung erfolgte bei ihnen „[...] sehr kurzfristig.“ (A1). Zwischen der telefonischen Information von Seiten des Pilotprojektträgers an sechs der acht befragten ATA über den Start dieser Ausbildung sowie der damit verbundenen Frage, ob sie Interesse daran hätten, und dem eigentlichen Ausbildungsbeginn, lagen ca. zwei bis drei Wochen.

„Ja und dann war das so, dass sie mich zwei Wochen vorher halt angerufen und mich gefragt haben, ob ich auch ATA werden würde. Sie haben kurz die Ausbildung vorgestellt am Telefon.“ (A8, 1, 7f)³¹

Auf diese Anfrage wurde z. T. „spontan ja gesagt“ (A3, 1, 4, ähnlich A2, A7), z. T. um etwas Bedenkzeit (A4, A8) und einmal auch um etwas Schriftliches zur näheren Information gebeten (A8). Die zwei weiteren ATA hatten über Dritte von der Ausbildung erfahren und sich selbst beworben (A1, A6).

„[...] dass ich mich selber auch belesen kann und sehe, was halt so der Tätigkeitsbereich auch ist und so. [...] Und dann habe ich dann halt gesagt: Mach ich. – Klar, es ist ja auch, ob ich dann nun ohne was dagesessen hätte oder den Weg gehe. Da hab ich lieber gesagt: Klar, mach ich.“ (A8, 1, 7ff)

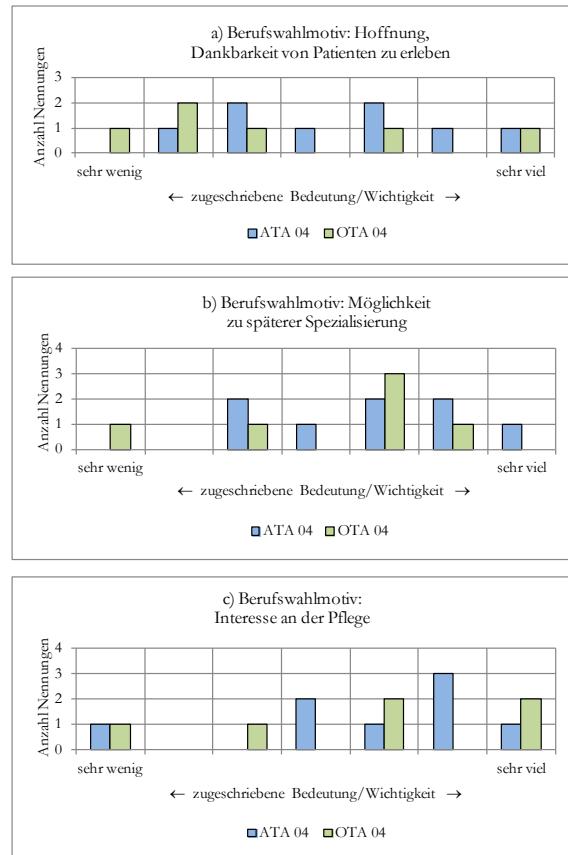
Überwiegend stellte bei der Entscheidung für die ATA-Ausbildung der Mangel an einer Ausbildungsalternative eine zentrale Entscheidungskomponente dar. So äußerte z. B. eine ATA-Absolventin, die zwar von Beginn an eine Tätigkeit in der Anästhesie anstrebte, dass sie wegen der größeren Entwicklungsmöglich-

³⁰ Die Abkürzungen A1 bis A8 verweisen auf die Fundstellen der Aussagen in den Transkripten der Interviews mit den acht befragten Absolventen des Pilotprojektkurses aus dem Bereich Anästhesietechnische Assistenz (ATA); die Abkürzungen O1 bis O6 stehen für die Absolventen aus dem Bereich Operationstechnische Assistenz (OTA).

³¹ Die Fundstellen der Zitate – z. B. (A8, 1, 7f) – werden unter Angabe der Interviewnummer (A8), der Seiten- (1) und Zeilenzahl (7f) angegeben, in der diese im Transkript zu finden sind.

keiten lieber erst eine Krankenpflegeausbildung absolviert hätte und „[...] die ATA-Ausbildung halt als zweitbeste Variante an[genommen]“ habe (A8). Sowohl unter den ATA- als auch unter den OTA-Absolventen gibt es Personen, die zuvor andere Ausbildungen absolviert haben, und zwar in der Gesundheits- und Krankenpflege (s. O1, O2), im Handel (A5), im Computerfach (A1), als Gas- und Wasserinstallateur (A6), Maurer (O4) und als Fleischer (O6). Einige waren vor dem Ausbildungsbeginn im Pilotprojekt erwerbslos. Sie gaben zugleich an, dass die Erwartung auf einen sicheren Arbeitsplatz im Gesundheitswesen eine nicht unerhebliche Rolle gespielt hat, noch einmal eine Ausbildung begonnen zu haben.

Unabhängig von ihrer Vorbildung, wurde der überwiegenden Zahl der schriftlich abgefragten Einzelmotive im Berufswahlentscheidungsprozess eine unterschiedliche Relevanz beigemessen.



Dazu gehören extrinsisch motivierte Aspekte, wie der Wunsch nach „geregelte[n] Arbeitszeiten“, nach der „Möglichkeit von Teilzeitarbeit“ oder nach „sichere[n] und gesunde[n] Arbeitsbedingungen“, aber auch intrinsische Motive, wie z. B. die Erwartung „Dankbarkeit von Patienten zu erleben“ oder einen Beruf erlernen zu wollen, der „eine spätere Spezialisierung“ ermöglicht und der dem persönlichen „Interesse an der Pflege“ entspricht (s. Abb. 8a-c).

Zu jenen Motiven, denen die Befragten eine einheitlich hohe Bedeutung im Berufswahlprozess zuschrieben, zählen v. a. Aspekte wie eine „Aufgabe [zu wollen], die viel Verantwortungsbewusstsein erfordert“, „ein[en] Beruf [zu lernen], bei dem man Anderen helfen kann“, der „[...] für die Gesellschaft wichtig ist“ und der einem das „Gefühl [gibt], etwas Sinnvolles zu tun“.

Abb. 8: Relevanz exemplarischer Motive für die Berufswahlentscheidung der angehenden ATA und OTA (a bis c)

Eine Reihe der Befragten sahen unabhängig davon, ob die jetzige Ausbildung ihre Erst- oder eine Zweitausbildung war, einen Bezug zwischen ihrer Berufswahlentscheidung und der einschlägig medizinisch-pflegerischen Berufstätigkeit und Empfehlung der Eltern oder anderer Bezugspersonen (A5, A6, O3, O4). Mehrfach spielten Vorerfahrungen aus Praktika oder dem Zivildienst eine modellierende Rolle (A1, A5, A6). Diese Erfahrungen hatten das Interesse an einer medizinischen Aufgabe gestärkt, aber z. T. auch zur Erkenntnis geführt, dass es sich bei ihrer Arbeit nicht um Pflegetätigkeit i. e. S. handeln sollte. Für einige sind es dabei v. a. der umsorgende Charakter des Pflegens, körpernahe Unterstützungsaufgaben und die emotionale Komponente pflegerischer Interaktionen, die für sie eher nicht attraktiv erscheinende Berufsmerkmale darstellen.

„Mmb, na ich wollte halt in Richtung Medizin irgendwie halt was, aber Pflege wollte ich halt nicht so, weil es ja halt heute meist alles so alte Patienten sind und das ist dann nicht so meins.“ (O3, 1, 7ff)

„[...] und dann so Füttern und aufs Klo schaffen und vielleicht noch Windeln drum machen und so was, nee auf keinen Fall.“ (A7, 4, 41)

„Na ich arbeite halt gerne mit Patienten zusammen, [...], aber halt das Pflegen auf Station, das war halt nicht ganz so das, was ich mir vorstellen konnte. Also Leute so den ganzen Tag betuteln, [...]. Und hier unten hast du eben auch viel mit technischen Geräten zu tun und mit Medikamenten und eben aber auch mit Patienten.“ (A2, 1, 7ff)

„Dass ich Menschen helfen kann, na ein bisschen halt wenigstens und dabei nicht so wahnsinnig viele Emotionen dabei anbinden muss wie auf Station zum Beispiel. [...] Also hier unten [im OP] muss ich nicht das Leid der Patienten mit nach Hause nehmen. Das Problem hatte ich in der häuslichen Pflege. [...], was man nicht so einfach verdaut.“ (O4, 1, 26ff)

5.1.2 ATA/OTA und I&A-/OP-Fachpflege – „So richtig aber Pflege ist das nicht“³²

Die Antworten auf die Frage, ob es sich ihrer Einschätzung nach bei den beiden Berufen ATA und OTA um Pflegeberufe handelt, stellen sich widersprüchlich dar. Zwar kommen alle zu der Einschätzung, dass sie eher nicht pflegerisch arbeiten würden, relativieren diese Aussage i. d. R. aber entweder gleich oder an späterer Stelle. Sowohl ATA als auch OTA schreiben dabei dem Anästhesie-FD einen höheren pflegerischen Anteil zu, als dem OP-Dienst. Sie machen diesen am Element des unmittelbaren Patientenkontakts fest. Im Weiteren benannten die angehenden ATA und OTA einzelne Tätigkeiten, die sie als „pflegerische“ Bestandteile ihres beruflichen Handelns charakterisierten (s. Abb. 9).

„Na Krankenpflege ist das, was man so auf Station betreibt mit Waschen und Essen reichen und so was. Und so was haben wir alles nicht.“ (O4, 3, 36ff) [...] „Mmb, bei lokalen Patienten, die sind zwar relativ selten, aber da hat das dann schon was mit Pflege zu tun. Da ist halt Patientenbetreuung mit dabei [...].“ (O4, 8, 1f)

„Als ATA ist das Schöne, dass ich mehr am Patienten zu tun habe. In der Anästhesie ist es patientennäher und halt mehr pflegerisch auch.“ (A8, 6, 14f)

„Na da hat man ja [als OTA] wirklich überhaupt kaum noch Kontakt zu den Patienten und da muss man halt den ganzen Tag am Tisch stehen und eben immerzu nur Instrumente anreichen.“ (A2, 1, 40f)

Anästhesietechnische Assistenz	als „pflegerisch“ charakterisierte Tätigkeiten ihres Handelns:	Operationstechnische Assistenz
von ATA durchgeführt		von OTA durchgeführt
x	- Sich mit Patienten unterhalten/sich um sie kümmern/ihnen Wartezeiten erleichtern (A1, O1, O4, O5, O6)	x
x	- Beruhigendes Einwirken auf Patienten/Angst lindern (insb. bei lokalen Anästhesieverfahren) (O1, O4)	x
x	- Patienten beim An- und Auskleiden unterstützen (O1)	x
x	- Patienten lagern, auf sichere Lagerung achten (A1, A2, O1, O2, O4, O5, O6)	x
x	- Bei Ausscheidungen unterstützen (A1, O5)	x
x	- Verunreinigungen durch Ausscheidungen (Urin, Stuhl, Erbrochenes) entfernen (A1, A5, A8, O2)	x
x	- Harnblasenkatheter legen (A1, A8)	
x	- Verbände anlegen (O2, O3)	x
x	- Patienten im Aufwachraum überwachen und betreuen (A1, A2, A3, A5, O1, O2, O6)	

Abb. 9: Von den ATA- und OTA-Absolventen genannte und den Berufen zugeordnete pflegerische Aspekte

³² Zitatquelle: Transkript A3, 2, 30

(Kaum) Unterschiede zwischen ATA/OTA und I&A-/OP-Fachpflegenden: Die angehenden ATA und OTA sehen überwiegend keine (bedeutenden) Unterschiede zwischen ihrem Aufgaben- und Kompetenzprofil und dem von Pflegenden mit einer Fachweiterbildung für „Intensivpflege & Anästhesie“ bzw. für den „OP-Funktionsdienst“.

„Ich sehe da nicht so den großen Unterschied, außer dass die Fachschwestern gewissermaßen eben eine längere Berufserfahrung haben, dass da mit Sicherheit viele Dinge schon viel flüssiger sind.“ (A1, 6, 9f)

Dass die Ausbildungskonzepte ATA und OTA denen von I&A- bzw. OP-Fachpflegenden nachrangig sein könnten, schlossen alle in Bezug auf das zu erwerbende Wissen und Können aus. Sie beschrieben ihre Ausbildung mitunter sogar derjenigen von Fachpflegenden als überlegen (A1, O5).

„[...] Da steckt halt mehr das technische Verständnis dahinter für die Anästhesie, weil das kommt, weil wir ja auch alles ganz genau auseinander nehmen das Technische während der Ausbildung. Und das ist vielleicht bei den Fachkrankenschwestern nicht so intensiv, weil deren Ausbildung ja auch bloß zwei Jahre ist und die auch nicht so extrem getrimmt werden, sondern gezeigt bekommen, was sie machen müssen.“ (A8, 2, 18ff)

„Aber wir genießen zumindest [...], eine Ausbildung, die richtig spezifisch ausgerichtet ist auf diese Tätigkeit. Ja, (betont:) da s, das ist doch das Ausschlaggebende. Wir werden spezifisch ausgebildet. Ich denke mal grad das, was jetzt so in den Prüfungen dran kommt, das haben die Anästhesieschwestern oder Anästhesiepfleger so intensiv wahrscheinlich nie gehabt. -- Ja.“ (A1, 5, 29ff)

Zum Für und Wider der Fachweiterbildung: Die Befragten konnten unter dem Aspekt des Vergleichs zu ihrem eigenen Ausbildungsweg einige, wenngleich allgemein formulierte, Stärken des Werdegangs von Pflegenden mit einer Fachweiterbildung im Anästhesie- bzw. im OP-Funktionsdienst benennen. So haben diese, ihrer Einschätzung nach, v. a. mehr Berufserfahrung und zeigen ein routinierteres Handeln, als sie selbst (A1). Sie „[...] wissen mit den Patienten umzugehen“ (A7, 2, 17; ähnlich A8) und haben mehr Möglichkeiten, auch in anderen Einsatzfeldern tätig zu werden (O2, O4, A1, A3, A5, A6, A8).

Diskutabale Aspekte am Einsatz von Pflegenden (mit Fachweiterbildung) in der Anästhesie und im OP wurden gegenüberstellend häufiger und wortreicher benannt. Dazu zählt die Einschätzung, dass Pflegende am Anfang ihres Einsatzes in den Funktionsdiensten, genau wie angehende ATA und OTA, fast alles neu erlernen müssten (A1, A5). Dieses Lernen stellt im Verständnis der ATA- und OTA-Absolventen bei den Pflegenden dabei vielfach ein Anlernen zum Funktionieren dar (A1, A7, O2), während sie selbst durch ihre Ausbildung zugleich die Begründungen des jeweiligen Handeln erschließen würden.

Mehrfach wurde die pflegerische Fachweiterbildung von den Befragten als „Umschulung“ bezeichnet, wobei einige eine Korrektur dieser Wortwahl vornahmen (A6, O2), andere nicht (A3, A4, A5, O5). Inwieweit die Begriffswahl „Umschulung“ allein auf die Wahrnehmung der angehenden ATA und OTA zurückzuführen ist, dass Pflegende in der Anästhesie und im OP eine deutlich anders charakterisierbare Tätigkeit ausüben, als in den bettenführenden Bereichen der Krankenhäuser oder ob sie durch äußere Beeinflussung (im Ausbildungsprozess) bewirkt wurde, ist hier nicht abschließend klarbar.

„Bei uns ist halt nach drei Jahren alles abgeschlossen und bei den Anästhesiepflegern ist das eben so, dass die vorher Krankenschwester lernen und dann erst arbeiten in dem Bereich und dann quasi 'ne Umschulung machen.“ (A6, 2, 13ff)

Sie verwiesen auch darauf, dass längst nicht alle Pflegenden überhaupt eine Fachweiterbildung absolvieren und wenn sie es täten, hätten sie i. d. R. bereits mehrere Jahre in diesem Handlungsfeld gearbeitet. In dieser Zeit würden sie vielfach fehlerhafte Abläufe einüben, die schwer zu korrigieren sind (A3, A5, O2) und die auch einen, die Versorgungsqualität gefährdenden Faktor darstellen würden (A1). Die Befragten kommen zu der Einschätzung, dass den Pflegenden oft das Hintergrundwissen für ihr Handeln fehlen würde (A1, A5, O3, O6). Sie stellten zudem den langen Ausbildungsweg der Fachpflegenden in Frage, der in weiten Teilen, d. h. in der dreijährigen Pflegeausbildung, nicht spezifisch auf die Tätigkeitsfelder Anästhesie und OP vorbereitet (A6, O2).

Des Weiteren sei der fachspezifische Stundenumfang im theoretischen Teil der Weiterbildung weniger umfangreich, als der in der ATA- bzw. OTA-Ausbildung (A4, O1, O2). Zudem würden die Pflegenden weniger Einsatzfelder im Zuge des praktischen Weiterbildungsteils durchlaufen (A1, A4, O1, O4).

Ebenso sei für die Krankenhäuser der Kostenfaktor für ihre längere Ausbildung und für das höhere Gehalt von Fachpflegepersonen zu hinterfragen (A1). Letzterer Fakt birgt dann auch Konfliktpotenzial sowohl auf Seiten der angehenden ATA und OTA als auch auf Seiten der Fachpflegenden.

„Also ich kann es nicht nachvollziehen, dass wir dieselbe Arbeit machen und wesentlich weniger Geld kriegen dafür. Das ist eigentlich nicht nachvollziehbar warum. Man sagt, weil uns die staatliche Anerkennung fehlt.“ (O4, 3, 47ff)

„Man hat gleich mal gefragt: Was wollt ihr eigentlich hier? So ein Quatsch an Ausbildung. Ihr seid schön billig und verdrängt qualifizierte gestandene Leute von ihren Arbeitsplätzen. Ist Euch das klar?“ (A8, 9, 38ff)

„[...] als die ATA mit ihrer Ausbildung angefangen haben, da wussten ja die meisten aus dem Anästhesie-Pflegebereich nicht wirklich was damit anzufangen. Man hat vieles einfach nur gehört, hat sich das Beste oder wohl eher das Schlechteste da raus geschnappt und ja, es gab mit Sicherheit auch viele, die da Angst hatten ihren Job zu verlieren, weil jetzt kriegen wir hier was Billigeres.“ (A1, 4, 31ff)

5.1.3 Rückblicke auf die Ausbildung von ATA und OTA im Pilotprojekt

Dass sie in einem Kurs lernen würden, in dem zwei Berufe in einem gemeinsamen Verband ausgebildet werden, wussten die Befragten vor Ausbildungsbeginn nicht oder konnten sich zumindest nicht daran erinnern, dass sie darüber informiert worden waren. Im Nachhinein wurde diese integrierte Ausbildungsform als „[...] vom Prinzip her schon ganz gut gelöst [befunden]“ (O2, 4, 46).

„Es war ok, sagen wir mal so. Es war halt ökonomisch so, dass man gleiche Inhalte auf einmal für beide Fachrichtungen abdecken konnte und wo es dann nötig war, dann halt jeder für sich war, [...].“ (O2, 4, 43ff)

Ob es eine Benachteiligung in den Lernchancen der einen oder anderen Teilgruppe – ATA oder OTA – gegeben hat, ist nicht zweifelsfrei zu beantworten. In den Äußerungen der angehenden OTA finden sich Hinweise darauf, dass den ATA besondere Aufmerksamkeit zukam. Zugleich seien ihre Lerninhalte aber weniger spezifisch gewesen, als die der OTA und sie seien zudem durch mehr Unterrichtsausfall benachteiligt worden (O2, O3, O5, O6).

„Die ATAs also, das erste Mal ausgebildet halt in Deutschland, die wurden schon besonders beachtet und wir, wir fühlten uns dann schon manchmal wie Stiefkinder behandelt.“ (O5, 3, 24ff)

„Also wir hatten eigentlich komplett, also es war ja mehr so, dass das praktisch unser Unterrichtsverlauf war und die ATAs erstmal so dazu gesteckt worden waren, um ihre Grundsachen zu lernen.“ (O3, 6, 22ff)

Die angehenden ATA selbst verwiesen zwar ebenfalls auf Unterrichtsausfälle und bemängelten eine Reihe an Unterrichtsthemen und deren methodische Aufbereitung. Sie taten dies aber nicht häufiger als die OTA und empfanden diesen gegenüber keine Ungleichbehandlung.

Unterrichtsmethoden – keine großen Erwartungen: Die Angaben in der schriftlichen Befragung sprechen dafür, dass der von den Absolventen erlebte Unterricht überwiegend der traditionellen Lehrerzentrierung folgte. So erhielten Items wie „Lehrer/Dozent erklärt und stellt Fragen“, und „es werden Klausuren/Tests geschrieben über das, was wir gelernt haben“ einheitlich hohe Zustimmung („trifft völlig zu“ oder „trifft eher zu“). Nicht bestätigt wurde hingegen, dass „die meisten Lehrer/Dozenten [...] regelmäßig verschiedene Unterrichtsmethoden [verwenden]“.

Bei Items, die auf einen hohen Grad an eingeforderter Eigenaktivität der Lernenden im Unterricht schließen lassen, zeigten sich geteilte Einschätzungen oder dominiert die Aussage, dass dies „eher nicht“ oder „gar nicht zutreffend“ gewesen sei. Beispiele dafür sind „Schüler finden selbst Lösungen für Probleme/Aufgabenstellungen“, „Schüler lernen in Situationen, die an die Wirklichkeit angelehnt sind“, „am Computer arbeiten“ sowie „über mehrere Unterrichtsstunden an einem Projekt oder einer Aufgabe arbeiten“. Gleiches gilt für das Item „die Lehrer [...] lassen [...] ihren Unterricht regelmäßig bewerten“.

Eng damit verbunden ergaben sich bei den meisten Aspekten, die danach fragen, wie gut der Unterricht zum Erwerb einzelner Kompetenzen beigetragen habe, geteilte Meinungsbilder. So zeigen sich unterschiedliche Einschätzungen, wie gut der Unterricht dabei unterstützt hat zu lernen, „gut mit anderen zusammenzuarbeiten“, „unterschiedliche Strategien anzuwenden, um Probleme zu lösen“, „Probleme aus der Sicht Anderer zu beurteilen“, „[den] Arbeitsplatz zu organisieren“, „[die] Zeit einzuteilen“, „Prioritäten zu setzen“, „gesund zu leben“ sowie „mit Belastungen umzugehen“.

Pflegepraktikum für ATA und OTA – ein Muss: Die Einschätzungen zu den Lernbedingungen innerhalb des obligatorisch zu leistenden Pflegepraktikums auf einer Station gingen auseinander. Lernwidrigkeiten wurden dabei insb. mit einem zu frühen Einsatzzeitpunkt begründet, der nur Hilfstätigkeiten zulassen würde, sowie mit einem allgemein angespannten Arbeitsklima und Personalmangel. Die Sinnhaftigkeit des Pflegepraktikums wurde dabei nicht in Frage gestellt.

„Erst mal war es so, dass das [Pflegepraktikum] im ersten Ausbildungsjahr war, ganz am Anfang und da ist es halt so, egal was das für Schüler dann sind, dass man da die Putzarbeiten halt macht. Ist ein kleines Problem. Das ist aber halt auch nicht anders zu managen, weil auf Station halt genauso zu wenig Personal da ist.“ (O3, 10, 42ff)

„Also ich find es halt auch gut, dass man auch mal da gearbeitet hat, wo der Patient her kommt und auch wieder hingehst, dass man den Kreislauf auch sieht.“ (A6, 7, 14ff)

„Man lernt mit Patienten umzugehen, was wieder für lokale Sachen von Vorteil ist, weil da muss man die Patienten holen und bringen. Ehm, man lernt sich mit Patienten zu unterhalten, so zuzuhören und auf sie einzugehen. Also es ist schon sinnvoll. Man sollte es auf keinen Fall abschaffen.“ (O3, 11, 7ff)

Nicht bewusste (Bildungs-)Lücken: Nach Themen zur Berufskunde gefragt, sind bei den Absolventen deutliche Lücken feststellbar. So konnten sie, wenn überhaupt, nur in Ansätzen Hintergründe zur Entstehung und zum rechtlichen Status ihrer Ausbildung und den damit verbundenen Grenzen ihrer

Berufsausübung und Weiterentwicklungsmöglichkeiten benennen. Ob und ggf. welche Berufsverbände für sie zugänglich sind, konnten sie mit Ausnahme einer OTA, die zuvor eine Pflegeausbildung absolviert hatte, nicht sagen. Gleiches gilt für die Kenntnis einschlägiger Fachzeitschriften.

Positives Gesamtfazit bei (nicht realistisch umsetzbaren) Verbesserungsmöglichkeiten: Die Frage, ob sich die Absolventen den Anforderungen des Berufsalltags gut gewachsen fühlen, beantworteten alle bestätigend entweder mit „völlig zutreffend“ (sechs ATA & fünf OTA) oder mit „eher zutreffend“ (zwei ATA & ein OTA). Dabei befanden alle acht ATA sowie drei der sechs OTA, dass die Ausbildung in Theorie und Praxis sie gut auf ihren Beruf vorbereitet habe. Die drei übrigen OTA gaben an, dass dies sogar völlig zutreffend sei. Zustimmung herrschte auch bei der Einschätzung nach dem Niveau der Ausbildung. Für neun (sechs ATA & drei OTA) stellte sich die Aussage, dass „[d]as Niveau der Ausbildung [...] insgesamt hoch [ist]“ als eher und für fünf (zwei ATA & drei OTA) als völlig zutreffend dar.

Gleichwohl wurden einige Verbesserungsoptionen in organisatorischen und inhaltlichen Aspekten aufgezeigt. Die mehrfach angeführten Aspekte finden sich in Tabelle 4. Sie dürften, so die Kommentierung einiger Interviewpartner (A1, A8, O2), ähnlich z. T. auch auf andere Ausbildungen (für Gesundheitsfachberufe) zutreffen, hängen ihrer Einschätzung nach überwiegend nicht mit der integrierten Ausbildungsform zusammen, werden als Anlaufschwierigkeiten entschuldigt oder erscheinen als nicht behebbar.

Tab. 4: Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung von ATA & OTA aus Sicht der Absolventen

Vorschlag	Erläuterung
Bewerberauswahlkriterien überarbeiten	<p>„Ich denke einfach, dass wir da ein paar Leute haben, die sind einfach nicht für diesen Beruf gemacht. [...] [Sie] legen einen derartigen Ton und ein Verhalten an den Tag, [...], da will ich lieber kein Patient sein, auch wenn ich in Narkose bin und das hoffentlich nicht mitkriege, was das für welche sind.“ (O3, 13, 19ff)</p> <p>Einige Lernende werden von den Befragten zur Ausübung in den beiden Berufen für nicht geeignet befunden (A5, A8, O3, O6). Diese Einschätzung wird z. T. mit der Art und Weise der Bewerberauswahl im Pilotprojekt in Verbindung gebracht. Als bedeutsame Voraussetzungen sollten ihrer Einschätzung nach insb. folgende Kriterien geprüft werden: manuelles Geschick, körperliche Belastbarkeit (v. a. für OTA), Konzentrationsfähigkeit, vorausschauendes Arbeiten, Umsicht, Teamfähigkeit, „gute Manieren“ (A5), Höflichkeit und Vertrauenswürdigkeit. Dem formalen Schulabschluss wird von den Befragten eine untergeordnete Rolle beigemessen. Gleichwohl halten einige von ihnen ein höheres Eintrittsalter, berufliche Vorerfahrungen und eine gewisse Reife für förderlich. Diese Einschätzungen stammen auch von den Absolventen, die unmittelbar nach dem Abschluss der zehnten Klasse diese Ausbildung aufnahmen (A4, A7).</p>
Verantwortlichkeiten transparent klären	<p>Die Befragten bemängeln, dass die Kollegen in den Praxiseinsatzorten häufig nicht hinreichend über die Lernziele und -gegenstände der ATA- und OTA-Ausbildung informiert gewesen sind. Das führte z. T. zu Unterforderungen, indem Lernende nur als Springer oder zu Reinigungsarbeiten herangezogen wurden, aber auch, i. d. R. im Zusammenhang mit Personalmangel, zu Überforderungssituationen, in denen die Lernenden Aufgaben übertragen bekamen, die weit über ihrem Ausbildungsstand lagen und zu inneren Konflikten beitrugen.</p> <p>„Es müsste endlich mal sauber geklärt werden, was man machen darf und was man nicht und ab wann man was machen darf. [...] Wir hatten es einfach mal, dass aus Personalmangel eine Schwester aus dem Saal raus gerufen wurde, um woanders einzuspringen. Dafür hat man dann einen Schüler reingestellt. Das finde ich dann halt schon sehr fraglich. Es ist halt nirgends sauber geregelt. - Und was ist, wenn was passiert?“ (O3, 13, 45ff & 14, 9ff)</p>

Personalmangel entgegen wirken	<p>Wiederholt als problematisch im Hinblick auf die Qualität des Lernens in der Praxis, aber auch in Bezug auf die Gefährdung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter sowie der Patientensicherheit, wurde die Personalknappheit angesprochen. Diese führte mitunter soweit, dass Schüler aus dem Unterricht geholt wurden, um diese zu überbrücken.</p> <p><i>„[...] die haben drückenden Personalmangel, aber eigentlich ist keine Stelle frei, weil sie mit noch einer Abteilung zusammen gezählt werden und dadurch rein theoretisch genug Personal da sein müsste. Es ist aber so, dass ich seitdem ich dort bin, werde ich als Vollkraft eingesetzt. [...] Die Anspannung ist enorm. Man will nichts falsch machen, alles soll flutschen und dein Herz, das kloppt die ganze Zeit. Da bist Du zu Feierabend fertig und das viele Tage nacheinander. Die Frage ist, ob man das so darf und schafft auf Dauer. Wer übernimmt die Verantwortung, wenn ein Patient Schaden nimmt?“ (O3, 14, 38ff)</i></p>
Mehr praktische Anleitung anhand verbindlicher Standards	<p>Die Lernenden bemängelten die vielfach zu geringe Zeit für gezielte Anleitungen durch dafür qualifizierte Personen und die in einigen Abteilungen mangelnde Bereitschaft zur Anleitung. Sie wiesen auch auf das Fehlen verbindlicher Standards hin, was dazu führen würde, von den einzelnen Mentoren unterschiedliche, z. T. widersprüchliche Hinweise zu erhalten.</p> <p><i>„Es gibt Abteilungen, die sagen: Auf gar keinen Fall. Und es gibt Abteilungen, die sagen: Klar, heute haben wir mal Personal, heute geht es mal. Heute komm's mal mit an den Tisch. Heute kann ich Dir was zeigen. Heute habe ich mal Zeit für Dich.“ (O3, 14, 27ff)</i></p> <p><i>„[...] auf der einen Seite spricht man überall von Standards und dann geht man her und macht sich seine eigenen Regeln und du weißt eigentlich nicht, wie Du dich verhalten sollst.“ (O2, 6, 17f)</i></p>
Das Handlungsfeld der Anderen besser kennenlernen	<p>Sowohl von ATA als auch von OTA wurde mehrfach der Wunsch geäußert, das Handlungsfeld des jeweils Anderen intensiver kennenlernen zu wollen.</p> <p><i>„Die vier Wochen, die wir da so hatten, bringen nicht wirklich viel. Ich würde das vielleicht auf ein viertel Jahr so erweitern wollen, dass die OTAs ein viertel Jahr so Anästhesie mit machen und die ATAs ein viertel Jahr OP-Praktikum machen. [...] Dann versteht man den Anderen auch besser. [...] und ich vermute, wenn man in einem kleinen Haus nach der Ausbildung landet, dann ist das nicht alles so strikt getrennt zwischen ATA und OTA und da guckt man dann dumm.“ (O4, 9, 45ff & 10, 8ff)</i></p>
Praxis-einsätze auf ihre zeitliche und inhaltliche Angemesenheit prüfen	<p>Es wurde von den Befragten sowohl das Überdenken des zeitlichen Umfangs der einzelnen Praxis-einsätze angeregt als auch die Sinnhaftigkeit einiger Einsatzfelder in Frage gestellt.</p> <p><i>„[...] so zum Beispiel Herz-Thorax-Chirurgie. Das ist ein Bereich, der einfach mehr als zwei Wochen rein schnuppern erfordert, sondern vielleicht besser gleich mal fünf. Das wäre schon nicht schlecht, wenn man die Einsatzlängen mal überdenkt. Teilweise sind die Einsätze zu kurz und manche, wie zum Beispiel Allgemeinchirurgie, die sind zu lang.“ (A3, 12, 39ff)</i></p> <p><i>„[...] diese Außenpraktika. Die Einsatzbereiche sollten gut überlegt sein, [...]. Ambulanz zum Beispiel muss nicht unbedingt so lange sein, jedenfalls nicht wochenweise. [...] Weil wir dort eigentlich nur das machen, was die Medizinisch-technischen Funktionsassistenten machen, so vorne an der Rezeption sitzen und so. Das ist nutzlos für uns. Das bringt's doch nicht.“ (A5, 12, 49ff & 13, 5ff)</i></p>
Unterrichtsinhalte auf Angemessenheit prüfen	<p>Auch zur Angemessenheit einiger Unterrichtsinhalte wurden Zweifel geäußert. Dies betraf v. a. die thematische Ausrichtung, die den Befragten meist nicht spezifisch genug für ihren Beruf war. Hier nannten sie die Fächer Englisch, Informatik und Dokumentation (A1, O2, O4, O5, O6). Auch merkten sie Unterforderung an, weil Inhalte bereits in der allgemeinbildenden Schule (v. a. von den Abiturienten) oder aus einer vorherigen Ausbildung bekannt waren. Dies wurde v. a. für die Fächer Englisch, Physik, Chemie und Psychologie angesprochen (A1, A3, O1, O2, O3).</p> <p>Zum anderen betraf es das eingeforderte Niveau der thematischen Auseinandersetzung in einigen von Ärzten erteilten Unterrichten, dass sie vielfach als zu hoch empfanden. (A1, A2, A4, A8, O1, O5, O6).</p>

Unterrichts-ausfälle minimieren	<p>Mehrfach wurde auf den Ausfall von Unterricht hingewiesen, wovon v. a. die angehenden ATA betroffen waren (A1, A6, A8). Zugleich wurde hierfür, mit dem Verweis auf die hohen Arbeitsbelastungen der dozierenden Ärzte, auch Verständnis gezeigt und die i. d. R. intensive Anleitung durch Anästhesisten während der Praktika als positiv herausgestellt (A1, A3, A4, A5, A7)</p> <p><i>„Dass die Organisation der Stunden in Zukunft hinbaut auf jeden Fall. Das muss sein, weil wir hatten viel Ausfall wegen den Ärzten. Ich meine, man kann es den Ärzten nicht in die Schuhe schieben, aber es war größtenteils der Arztunterricht, der viel ausfiel, weil keine Ärzte da waren oder sich für einzelne Themen keiner zuständig fühlte.“ (A8, 9, 11f)</i></p> <p><i>„Am Besten lernst du da von den Anästhesisten. Da kannst du meistens auch sicher sein, dass das Hand und Fuß hat, was da kommt und die haben sich auch immer Mühe gegeben mit Erklären.“ (A3, 14, 36f)</i></p> <p><i>„Weil die [Ärzte] haben schon mal verstanden, dass die auch was davon haben, wenn sie uns das erklären, weil wir dann halt am Ende gut funktionieren und da haben die dann auch was von.“ (A6, 6, 34f)</i></p>
--	---

5.1.4 (Nicht anerkannter) Abschluss mit engem Profil = Weg in eine (un)sichere Zukunft(?)

Sorgen um ihre Zukunft i. S., dass sie evtl. keinen Arbeitsplatz erhalten könnten, äußerte niemand.

„Nö. - Also ich denke mal, so was wie wir wird eigentlich immer gebraucht. Also man braucht sicherlich immer jemanden im OP als (lacht und betont:) Anästhesietechnischen Assistenten oder als Anästhesieschwester oder wie auch immer.“ (A4, 4, 45ff)

Die allgemein optimistische Einschätzung ist zugleich mit gewisser Skepsis zu betrachten und zwar dahingehend, dass die Absolventen kaum über ihre (noch weitgehend) unklaren Weiterqualifizierungsmöglichkeiten im Bilde sind, die ihnen zugleich zum Befragungszeitpunkt am Ende ihrer Ausbildung auch (noch) nicht wichtig erscheinen. Überwiegend konnten keine konkreten Zukunftspläne formuliert werden.

„Ich habe keine Ahnung. Ich verdiene hoffentlich Geld und kann meine Miete bezahlen und in Urlaub mal fahren.“ (O2, 6, 50)

„Es gibt bestimmt da mal 'ne Weiterbildung oder so. Jetzt bin ich erst mal froh, mit der Ausbildung fertig zu sein.“ (A6, 2, 50)

Gleichwohl sprachen die Befragten als Nachteil ihrer Ausbildung an, dass sie – im Gegensatz zu Personen mit einer grundständigen Pflegeausbildung – kaum Einsatzmöglichkeiten in anderen Bereichen haben.

„Im Moment ist mir das egal, aber das könnte schon zum Problem werden, weil irgendwann hast du hier halt alles gesehen und willst vielleicht 'ne neue Herausforderung und das geht dann halt nicht einfach so wie bei den Krankenpflegern.“ (A6, 6, 15ff)

„Ich würde mich halt schon für den Pool interessieren, also wo man wechselt zwischen Station und hier unten. Aber in den Pool geben ist halt mit dieser Ausbildung nicht möglich, weil die Krankenpflege praktisch fehlt. [...] Aber na ja, das geht ja nun mal nicht.“ (A8, 1, 36-50)

Mit der Einschränkung ihres engen Einsatzfeldes gehen sie unterschiedlich um. Eine ATA überlegte z. B., ob sie in einer berufsbegleitenden Form noch eine Pflegeausbildung absolvieren sollte, um später auch anderswo tätig werden zu können (A8). Eine andere hatte, obwohl sie von Beginn an gerne im OP tätig werden wollte und frühzeitig von der Existenz der OTA-Ausbildung wusste, absichtlich zunächst eine Krankenpflegeausbildung gewählt. Sie begründete es damit, dass sie nicht sicher war, ob ihr Wunsch nach einer Arbeit im OP von Dauer sein würde und deshalb das „[...] enge Profil der OTA scheute [...]“ (O2, 1, 23f). Da sie es für unrealistisch hielt, als Pflegeberufseinsteigerin in ihrem näheren Umkreis einen

Arbeitgeber zu finden, der ihr die Fachweiterbildung ermöglicht hätte, sie zudem noch jung, ungebunden, nicht auf einen hohen Verdienst angewiesen und wenig kompromissbereit war, was eine solide Qualifizierung betraf, entschied sie sich für die zweite Ausbildung als OTA (O2, 4, 14f). Zugleich bringt sie eine gewisse Rechtfertigung für diesen Weg an.

„Ja es ist schon ein bisschen link vielleicht, dass ich mir zwei Ausbildungen geleistet und bekommen habe. Aber alleine wenn ich dran denke, also als OTA kann ich nie auf Station arbeiten und das ist auch gut so, zum Pflegen fehlt einer OTA auch alles Mögliche. Die hat überhaupt nicht die Ausbildung dafür. Andererseits ist mir aber auch klar, dass es Verschwendung ist, Pflegende für den OP-Bereich weiterzubilden, weil das so mit Pflege im engen Sinne ja nichts zu tun hat.“ (O2, 4, 20ff)

Andere relativierten die eng gesteckten Einsatzfelder mit dem Verweis auf Berufe, in denen das ähnlich ist (A6, O4, O5) oder damit, dass man „[...] im Grunde genommen wissen [müsste], worauf [man sich eingelassen hat]“ (O2) oder „[...] überhaupt froh sein kann, Arbeit zu haben“ (O3).

Auch wird die allgemein optimistische Einschätzung der ATA und OTA zu ihrer Beschäftigungsmöglichkeit dadurch getrübt, dass aufgrund körperlich und psychosozial belastender Arbeitsbedingungen, v. a. für OTA, eine dauerhafte Tätigkeit, ggf. bis zum Renteneintrittsalter, in einer Reihe von Fachbereichen, z. B. in der Orthopädie und in der Unfallchirurgie, ausgeschlossen erscheint.

„Also zumindest wie es momentan hier läuft, glaube ich das nicht, dass man das [bis zur Rente] schafft.“ (O2, 2, 39f)

„Man muss da mehr Patienten heben, bewegen, drehen oder gerade auch in der [...] [Abteilungsname] ist das körperlich halt wesentlich anstrengender und [...] halt auch von den Ärzten wesentlich anstrengender. Das hältst du nicht lang aus.“ (O3, 9, 34f)

„In der MKG [Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie] und bei den Augen ist das anders, in der Neurochirurgie auch. Das ist da wesentlich weniger anstrengend von der körperlichen Belastung her und aber auch vom Arbeitsklima. Da wird auch rangeklotzt und geschafft, aber eben harmonischer. Da kann man durchaus alt werden und da würde ich auch gerne dazu gehören zu so einem Team.“ (O3, 11, 49ff)

Mehrfach wurde im Zusammenhang mit den erlebten Arbeitsbelastungen überlegt, nach der Ausbildung in kleinere Krankenhäuser oder in solche ohne Zentral-OP zu wechseln. Von diesen erhoffen sich die Befragten physisch und psychosozial angenehmere Arbeitsbedingungen.

5.1.5 Prognosen zur Weiterentwicklung der Berufe: Ja zu ATA & OTA und auch zu A-OTA

„Ich meine, machen wir uns nichts vor, letztendlich sind wir ja nun mal auch billiger als die Fachweitergebildeten. [...] Also immer wenn's um's Finanzielle geht, hat der Beruf eine Chance, sich auszubreiten.“ (A8, 7, 17f)

Alle vierzehn Absolventen gehen davon aus, dass sich die beiden Berufe etablieren werden. Sie sehen sie dabei nicht als Ergänzung, sondern langfristig als Ersatz für die Fachweiterbildungen. Auf diesem Weg seien v. a. für die ATA noch viele Vorurteile auszuräumen. Wiederholt finden sich Hinweise in den Äußerungen der Befragten auf die Wahrnehmung eines kritischen Fremdbildes ihrer Berufe, welches auch auf fehlenden und falschen Informationen beruht.

„Was natürlich immer blöd ist, dass wir auch ein bisschen mit in Verruf gekommen sind, was aber die MAfAs betrifft, was da schief lief³³. Außenstehende können das nicht so auseinander halten, was das Eine und was das Andere ist. Und

³³ zum Konzept der MAfA (= Medizinische Fachangestellte für Anästhesie) s. Kap. 2.2.5

da habe ich dann auch gehört, dass da welche sagen: Ach ja, schon wieder solche neuen halbgewalzten Berufe und dann auch noch im OP.“ (A8, 7, 24ff)

Einige verweisen darauf, dass es auch auf sie selbst ankommt, wie sie in der Praxis angenommen werden.

„Ja ganz klar hat man uns gesagt, und das sehe ich auch ein, dass wir zeigen müssen, was wir können und dafür brauchen wir auch mal ein dickes Fell und bestimmt auch noch viel Geduld, dass sich das überall so etabliert hat mit den ATAs. Zentral ist aber schon unser Auftreten vor allem und da kommst du mit heißer Luft und Nase nach oben in der Luft nicht weiter.“ (A5, 15, 10ff)

„Es hängt auch davon ab, wie wir uns präsentieren und was man tut, um die Ausbildung noch besser zu machen. Dann denke ich schon, wird das auf Dauer Anklang finden und ernst genommen.“ (A8, 7, 27f)

ATA + OTA = A-OTA(?): Die Umsetzbarkeit und Sinnhaftigkeit einer Ausbildung, die sowohl für ATA- als auch für OTA-Aufgaben vorbereitet, wird von den Absolventen überwiegend für denkbar befunden. Mit Verweisen darauf, dass dies v. a. für kleinere Krankenhäuser eine gute Variante sein könnte (A4, A7, O2), in denen auch jetzt aus organisatorischen Gründen keine strikte Trennung der Aufgaben des Anästhesie- und des OP-Funktionsdienstes besteht, und dass bis zu einem gewissen Grad Aufgaben aus beiden Einsatzfeldern für gleichzeitig gut erlern- und sicher beherrschbar erscheinen, halten zehn der vierzehn Befragten diese Variante für vorstellbar (A1, A2, A3, A4, A5, A8, O1, O2, O4, O5); zwei können hierzu keine Einschätzung formulieren und nur zwei halten diese Möglichkeit für unrealistisch.

„Und wenn man da natürlich jemanden hat, der vom Können ein bisschen breit gefächerter auch ist, der sich da rein denken und rein hängen kann, dann können die sagen: „Ok, den können wir jetzt vielleicht nicht grad gleich an den Tisch stellen, weil da die Erfahrung vielleicht nicht ganz so ist, aber er kann die Springertätigkeiten übernehmen“. Da ist dem OP ja meistens schon extrem geholfen.“ (A1, 3, 33ff)

Für eine realistische Umsetzung wurden zugleich eine Reihe notwendiger Voraussetzungen und Bedingungen formuliert. Dazu gehören der Vorschlag, die Ausbildungszeit zu verlängern (A2, A3, A7) und die Annahme, dass zunächst bis zu einem gewissen Maß beide Felder kennengelernt und dann eine Vertiefung im Anästhesie- oder im OP-Funktionsdienst erfolgen müsste.

„Das kann nicht gut genug durchdacht, nur Halbwissen geben, wenn man alles macht. Dann wäre es vielleicht besser, man ist ein Fachidiot und man weiß Bescheid in dem Einen und vom Anderen kennt man dann eben nicht viel, aber lieber so, als anders. [...] Letztlich musst du dich selbst sicher fühlen in dem, was du da machst und dann geht's hier immer auch noch um Patienten und die dürfen nicht zu Schaden kommen.“ (O2, 2, 24ff)

An Argumenten, die für ein ATA- und OTA-Aufgaben kombinierendes Qualifizierungskonzept sprechen, werden die größere Abwechslung in den zu erfüllenden Aufgaben (A1), das Entwickeln eines besseren Verständnisses für das Handeln der anderen Kollegen und für die Förderung des Zusammenspiels der einzelnen Berufsgruppen genannt.

„Na, [...] eine Sache ist erst einmal, dass man ein Gesamtbild bekommt. -- Weil man sieht ja als Anästhesiepfleger, eh als Anästhesietechnischer Assistent, viele Dinge, die der OTA macht, zum Beispiel, -- ja, wo man sagt, interessiert mich ja genauso mal das zu machen, weil das auch vom Abwechslungsfeld her doch dann sehr breit gefächerter auch ist.“ (A1, 3, 25ff)

Für große Kliniken sowie für Spezialbereiche verweisen mehrere auf den notwendigen spezifischen Erfahrungshintergrund, der hierfür notwendig ist, und der dem Rotationsprinzip zwischen verschiedenen Aufgaben und der Austauschbarkeit der Mitarbeiter Grenzen setzt (A5, O4).

„Weil das zu spezifisch ist. Also wir haben im Neuro-OP zum Beispiel vier verschiedene Mikroskope. Wir haben ein Ultraschallgerät, also eins, wo man richtig so gucken kann, also so schallen und dann so eins, wo man Zertrümmerung machen kann. Das ist dermaßen spezifisch, dass man das nicht einfach mal so kann. Das kann aber auch kein OTA aus 'ner anderen Abteilung. [...] Sie können [z. B.] auch nicht einfach eine Augenschwester mal so in einen Herz-Saal stellen.“ (O4, 4, 39ff)

Erweiterte Handlungskompetenzen – ja & nein: Auf ihre Sichtweise zu Entwicklungen erweiterter Handlungskompetenzen angesprochen, d. h. etwa zur eigenständigen Narkoseüberwachung durch ATA bzw. Anästhesiefachpflegende mit einer spezifischen Zusatzqualifizierung oder zur Übernahme der Chirurgieassistenz durch OTA bzw. OP-Fachpflegende, zeigt sich ein geteiltes Meinungsbild. Einerseits wird Ablehnung geäußert mit der Begründung, dass das derzeitige Aufgabenspektrum umfassend genug sei, es keine Qualifizierungsmöglichkeiten hierfür gäbe, zunächst „[...] Gras über die Sache mit den MAFAs wachsen [...]“ (A4, 5, 28; ähnlich A4, A5, O1) und die Berufe erst „[...] breit überall gestreut und ganz selbstverständlich da sein [müssten], ohne dass sich noch einer drüber wundert, ehe man an sowas denkt.“ (A4, 13, 28f). Andererseits sehen einige Befragte ohne Zögern in der Übernahme solcher bislang Ärzten zugeordneter Aufgaben auch attraktive Optionen, sowohl für die Kliniken, „[...] um Personal preisgünstig halt auch flexibel [einsetzen zu können]“ (A6, 7, 4), als auch für die einzelnen Mitarbeiter (A1, A6, A8, O2, O3, O6).

5.1.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 1

In Abschnitt 5.1 wurden zentrale Ergebnisse der Absolventenbefragung des Pilotprojektkurses zur gemeinsamen Qualifizierung von ATA und OTA kurz vor ihrem Ausbildungsende aufgezeigt. Aus den Antworten sind zusammenfassend an dieser Stelle insb. die folgenden Aspekte kurzgefasst zu sichern. Sie werden gemeinsam mit weiteren Detailergebnissen an späterer Stelle (s. Kap. 6.1) erneut aufgegriffen, um sie mit den Ergebnissen der anderen drei Teiluntersuchungen zusammenzubringen.

In den Aussagen der ATA- und OTA-Absolventen deutet sich an, dass viele von ihnen zwar an einem medizinischen Beruf interessiert waren, nicht aber primär an einer Pflegeausbildung als dem bisher üblichen Zugangsweg für ein Tätigwerden im Anästhesie- und im OP-Funktionsdienst (s. 5.1.1). Sie verwiesen darauf, dass für sie und die Pflegenden, die mit ihrer Arbeit im Funktionsdienst beginnen, fast alles neu zu erlernen ist und verbinden dabei die pflegerische FWB mit der Bezeichnung „Umschulung“. Während ATA und OTA im Zuge ihrer Ausbildung schrittweise Begründungen des jeweiligen Handelns erschließen würden, stellt sich die Einarbeitung bei den Pflegenden, ihrer Einschätzung nach, als ein Anlernprozess dar, bei dem Hintergrundwissen eine untergeordnete Rolle spielt. Sie stellen den pflegerischen Fachweiterbildungsweg in Frage und halten ihre eigene Ausbildung insb. im Hinblick auf die fachlichen Inhalte, die Dauer und die dafür benötigten Ressourcen für den günstigeren Weg für die Krankenhäuser, um Personal zu qualifizieren. Stärken im Profil der (Fach-)Pflegenden sehen sie v. a. in deren ausgeprägteren kommunikativen Fertigkeiten im Umgang mit Patienten (s. 5.1.2).

Die Befragten sehen kaum Unterschiede zwischen den Aufgabenprofilen von ATA und im Anästhesie-FD tätigen I&A-Fachpflegenden bzw. von OTA und OP-Fachpflegenden. Abweichungen ergeben sich eher aufgrund unterschiedlich langer Berufserfahrungen im jeweiligen Handlungsfeld, wobei diese auch zwischen den einzelnen Pflegenden bestehen (s. 5.1.2).

Die Einschätzungen, ob es sich bei der Arbeit im Anästhesie- und OP-FD um pflegerische Tätigkeiten handelt, widersprechen sich. Dabei wird den ATA bzw. I&A-Pflegenden durch ihren unmittelbaren Patientenkontakt eine größere Nähe zur Pflege zugesprochen, als den OTA- bzw. OP-Pflegenden (ebd.).

Die befragten Absolventen zogen ein überwiegend positives Gesamtfazit zu ihrer Ausbildung und fühlten sich zum Ende ihrer Ausbildung gut auf die Anforderungen ihres Berufsalltags vorbereitet (s. 5.1.3). Dabei verwiesen sie auf diverse Verbesserungsmöglichkeiten der Ausbildung in inhaltlicher und organisatorischer Art (s. Tab. 5). Sie brachten diese aber häufig nicht mit der integrierten Ausbildungsform des Modellprojekts in Zusammenhang, erkannten sie als Anlaufschwierigkeiten und/oder erklärten Defizite im Ausbildungsprozess mit der allgemein angespannten Personalsituation im Krankenhaus (s. 5.1.3).

Die Zukunftsfähigkeit ihres erworbenen Abschlusses schätzten sie durchweg optimistisch ein und verbanden diese Einschätzung insb. mit dem allgemeinen Bedarf an Arbeitskräften in ihrem Tätigkeitsbereich. Einige von ihnen brachten aber auch, mehr oder weniger unterschwellig, Äußerungen an, die sich insbesondere auf die, mit dem Fehlen der staatlichen Berufsanerkennung, beschränkten Weiterentwicklungsmöglichkeiten bezogen sowie darauf, dass sie aufgrund ihres engen Qualifikationsprofils kaum außerhalb des OP-Bereichs tätig werden können (s. 5.1.4).

Alle Befragten gehen davon aus, dass sich die Berufe ATA und OTA zunehmend etablieren werden. Dabei sehen sie diese längerfristig als Ersatz für die Pflegefachweiterbildungen. Bis zur allgemeinen Akzeptanz der neuen Berufe sind aus ihrer Sicht dabei noch z. T. erhebliche Ressentiments abzubauen (s. 5.1.5). Mit der zunehmenden Anerkennung von ATA und OTA, hält der überwiegende Teil von ihnen die Erprobung einer Ausbildung für sinnhaft, die sowohl auf ATA- als auch auf OTA-Aufgaben vorbereitet. Auch die Erweiterung ihrer Aufgaben- und Kompetenzprofile durch die Übernahme bislang Ärzten zugeordneter Aufgaben, wird auf ferner Sicht für realistisch umsetzbar befunden (s. 5.1.5).

5.2 Der Blickwinkel der ATA- und OTA-Absolventen nach ihrer Berufseinmündung

5.2.1 Einschätzungen zur Beschäftigungs- und Arbeitssituation

Zum Befragungszeitpunkt, ca. ein Jahr nach ihrem Ausbildungsabschluss, verfügten alle fünf Befragten des Pilotprojektkurses zur gemeinsamen Qualifizierung von ATA und OTA über einen befristeten Arbeitsvertrag. Von den sechs OTA dieses Kurses traf dies auf fünf zu; nur eine Befragte hatte eine unbefristete Anstellung. Für die Absolventen des Kurses OTA 02, deren Berufseinmündung knapp drei Jahre zurück lag, hatte sich das Bild gewandelt. Hier waren sechs von sieben in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis tätig. Die meisten gingen dabei einer Vollzeittätigkeit nach.

Fünfzehn von neunzehn gaben an, regelmäßig Überstunden zu leisten. Die Angaben zur monatlichen Mehrarbeit variierten zwischen zwei und mehrfach zehn bis zwanzig Stunden. Diese werden dabei durch Freizeitausgleich (9), als Auszahlung (1) oder wahlweise als eines von beidem (5)³⁴ abgegolten.

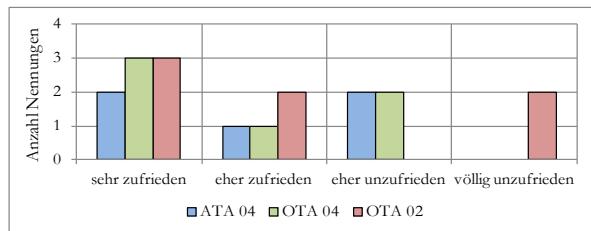


Abb. 10: Zufriedenheit mit der derzeitigen Arbeitsstelle

Wegen der in der Literatur vielfach v. a. für die Pflegeberufe diskutierten (vermeintlich) hohen Bereitschaft zur Berufsfluktuation (z. B. Becker und Meifort, 1997, 1998; Flieder, 2002; Hasselhorn et al., 2005), die, inzwischen belegt, deutlich geringer ausfällt als bislang angenommen (z. B. Behrens et al., 2009, Joost et al., 2009), wurden die Absolventen gefragt, wie lange sie ihren neu erlernten Beruf ausüben wollen.

Die Ergebnisse zeigen sich dezent positiv. Zwei ATA stimmten zu „so lange wie möglich“ in ihrem Beruf bleiben zu wollen, eine gab an, dies „noch einige Jahre“ vorzuhaben und zwei wussten es nicht. Die Befragten des Kurses OTA 04 wollten alle sechs „so lange wie möglich“ als OTA tätig bleiben. Im Kurs OTA 02 bestätigten dies vier von sieben Personen; je eine gab an „so schnell wie möglich aufhören“ zu wollen, es nicht zu wissen bzw. bereits aufgehört zu haben.

In allen drei Gruppen finden sich dabei Personen, die angegeben haben, innerhalb der letzten zwölf Monate ein- oder mehrmals ernsthaft daran gedacht zu haben, ihre Tätigkeit aufzugeben zu wollen (s. Abb. 11).

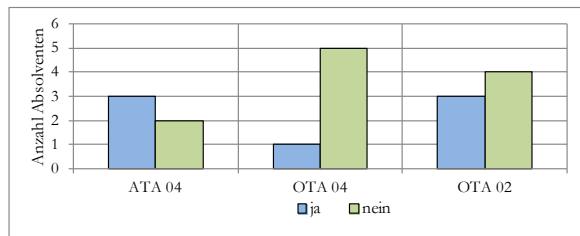


Abb. 11: Gedanken in den letzten zwölf Monaten daran, die ausgeübte Tätigkeit beenden zu wollen

Dafür wurden mehrere Gründe angeführt, wobei mehrfach die fehlende/geringe Akzeptanz ihrer Berufe durch Kollegen mit einer pflegerischen Ausbildung in ihrem Arbeitsbereich angeführt wurde (A04.3, O02.1, O02.6)³⁵. Eine OTA hatte drei Monate vor dem Befragungszeitpunkt ihre bisherige Arbeitsstelle in einer kleinen Klinik aufgegeben. Sie gab an, dass sie nicht mehr als OTA arbeiten werde und begründete dies damit, dass „[e]s einfach anstrengend und nervig [ist] mit brüllenden Ärzten und selbst ernannten

³⁴ In einem Fragebogen findet sich keine Angabe zur Form der Abgeltung von Mehrarbeit.

³⁵ Die Abkürzungen A04.1 bis A04.5 und O04.1 bis O04.7 verweisen auf die Aussagen der befragten ATA und OTA des Pilotprojektkurses, der im Jahr 2004 gestartet ist. Die Abkürzungen O02.1 bis O02.7 kennzeichnen die Aussagen der Absolventen des im Jahr 2002 an den Lernorten des Pilotprojektträgers gestarteten, ersten OTA-Ausbildungskurses.

besser gestellten Schwestern zusammen zu arbeiten.“ (O02.1). Andere verwiesen auf „zu viel Stress und Ärger für zu wenig Geld“ (O02.7), auf die Unzufriedenheit damit, dass „Mitarbeiter [...] nicht genügend gefördert/motiviert [werden]“ (A04.3) und dass „wenig Weiterbildungsmöglichkeiten“ bestehen (A04.4).

Bestätigung der Vorstellungen vom Beruf: Die Frage danach, ob die heutigen Vorstellungen von ihrem Beruf noch mit denen übereinstimmen würden, die zu Beginn der Ausbildung präsent waren, wurde von allen Absolventen des Pilotprojektkurses (ATA 04 & OTA 04) mit „vollständig“ oder mit „überwiegend“ bestätigt. Für die OTA 02-Absolventen, deren Abschluss um mehr als zwei Jahre länger zurück liegt, traf diese Einschätzung für drei zu. Die anderen vier gaben hingegen an, dass dies „kaum“ oder „gar nicht“ zutreffen würde (s. Abb. 12a). Dabei empfanden mehr Personen eine Veränderung „eher zum Positiven“ als jene, die eine Veränderung „eher zum Negativen“ wahrnahmen (s. Abb. 12b).

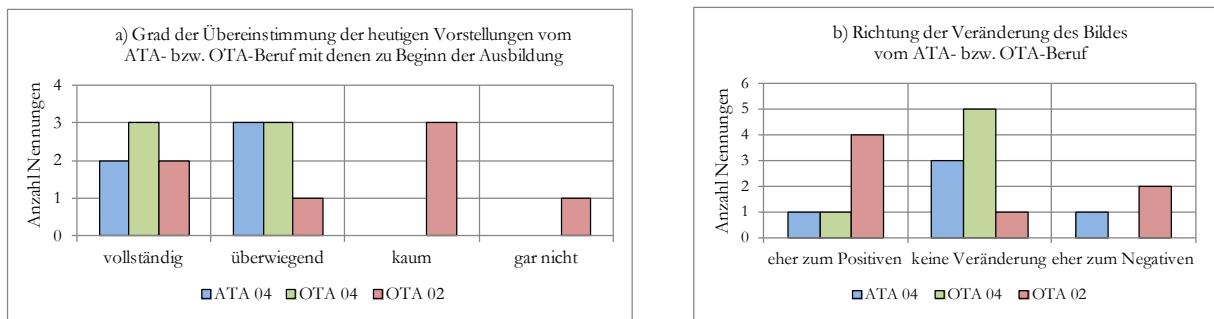


Abb. 12: Wahrnehmene Veränderungen der Vorstellungen vom Beruf ATA/OTA zu Beginn und nach Ausbildungsende (a > b)

Als Gründe für eine positiv gerichtete Veränderung wurde insb. genannt, dass sich das Aufgabenprofil und die zu tragende Verantwortung vergrößert haben (O04.1, O02.7), die Befragten durch die gewonnenen Erfahrungen flexibler und sicherer in ihrem Handeln geworden sind (O02.2), das Berufsbild – hier OTA – Vielfalt bietet (O02.2, O02.3) und dass die Akzeptanz unter den Mitarbeitern dem OTA-Berufsbild ggü. gestiegen ist (O02.3, O02.5). Die wenigen frei formulierten Angaben der ATA deuten in die andere Richtung. Hier wurde wahrgenommen, „dass [...] die Skepsis diese[m] Berufsbild gegenüber“ noch deutlich vorhanden ist und der „Beruf [...] weiterhin in Frage gestellt [wird]“ (A04.4).

Weil dauerhaft belastende Arbeitsbedingungen die Fluktuation vom Arbeitsort weg oder ganz aus dem Beruf begünstigen, wurde um Einschätzungen zu einer Reihe von Einzelaspekten gebeten. Besonders sticht hierbei heraus, dass fast alle Personen, die dazu Angaben gemacht haben (18 von 19), der Aussage „völlig“ (12) oder „eher“ (5) zustimmten, dass an ihrem Arbeitsort Personalmangel herrscht (s. Abb. 13a). Damit verbunden bestätigten mehr Befragte (12) „völlig“ oder „eher“, dass ihnen keine Zeit für Pausen und Erholung bleibt. Dabei deutet sich an, dass ATA diese Situation weniger eindrücklich wahrnehmen oder weniger davon betroffen zu sein scheinen, als OTA (s. Abb. 13b).

Stellvertretend für ergonomische Arbeitsfaktoren wurde nach dem Erleben der körperlichen Anstrengung und nach der Wahrnehmung des Raumklimas gefragt. Für beide Faktoren finden sich Antworten dahingehend, dass diese als häufige Erschwernisfaktoren empfunden werden. So bestätigten vierzehn

„völlig“ oder „eher“, dass ihre Arbeit körperlich anstrengt im Gegensatz zu nur vier, die das „eher nicht“ oder „gar nicht“ so sehen (s. Abb. 13c). Drei dieser vier Personen sind ATA. Hier wiederholt sich die Einschätzung aus TU 1 (s. Kap. 4.1.4), dass die Arbeit von ATA körperlich weniger anstrengt, als die von OTA. Immerhin vierzehn stimmten zudem „völlig“ oder „eher“ zu, dass das Raumklima, in dem sie arbeiten, belastend ist im Gegensatz zu vier, die das „eher nicht“ oder „gar nicht“ so empfinden (s. Abb. 13d).

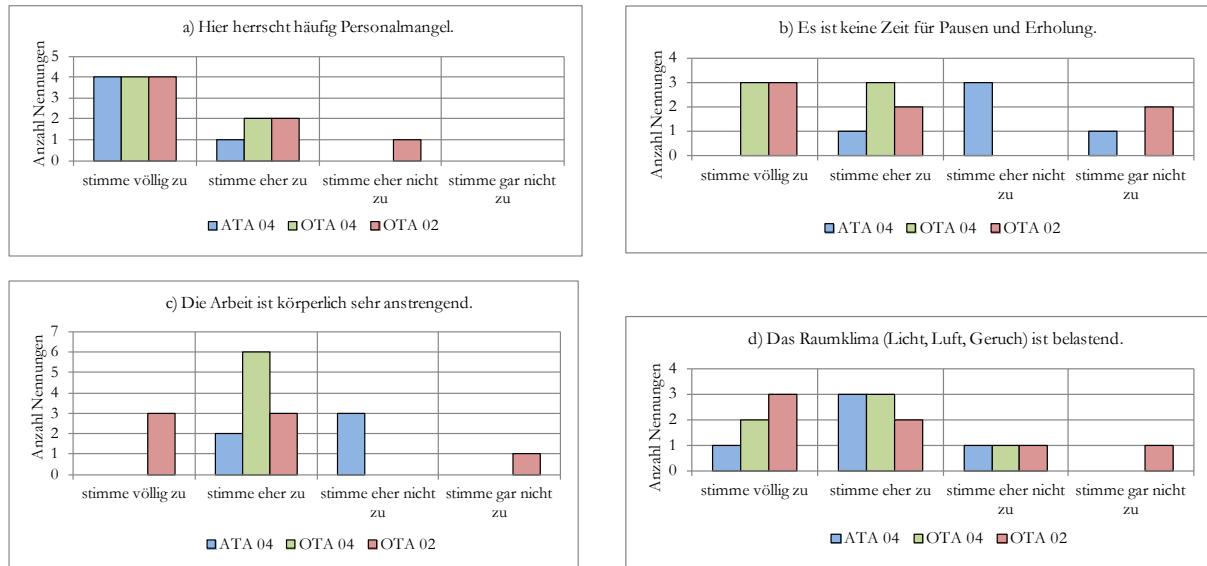


Abb. 13: Einschätzungen von ATA und OTA zu Faktoren ihrer Arbeitsbedingungen (a bis d)

Das Erleben von Wertschätzung als protektiver Faktor für Berufszufriedenheit wurde in zwei Richtungen thematisiert; als Erleben von Anerkennung durch Patienten und durch Vorgesetzte.

Dabei zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Mitarbeiter im OP, aufgrund der besonderen Situation der Patienten, weniger Anerkennung durch diese erwarten können. So gelangten vier OTA „völlig“ oder „eher“ zu der Einschätzung, dass sie ausreichend Anerkennung durch Patienten erfahren, immerhin neun dies jedoch so für sich „eher nicht“ oder „gar nicht“ erleben (s. Abb. 14a). Bei den befragten ATA zeichnet sich ein anderes Bild ab. Bei ihnen scheint die Ressource „Anerkennung von den Patienten“ eher zum Tragen zu kommen. So stimmten fünf der Befragten „eher“ oder „völlig“ zu, Anerkennung zu erfahren im Gegensatz zu nur einer „eher nicht [zustimmenden]“ Einschätzung.

Für alle Mitarbeiter gleichermaßen sollte zutreffen, dass ihre Leistung durch Vorgesetzte spürbar wertgeschätzt wird. Die befragten ATA und OTA erleben das überwiegend anders. So gaben dreizehn Befragte an, dass es an Anerkennung ihrer Leistungen durch Vorgesetzte fehlen würde und nur fünf stimmten dieser Aussage „eher nicht“ zu (s. Abb. 14b).

In eine ähnliche Richtung deuten die Einschätzungen der Befragten, von den Vorgesetzten motiviert und gefördert zu werden. Sieben konnten dieser Aussage „eher“ zustimmen, jedoch immerhin dreizehn „eher nicht“ oder „gar nicht“ (s. Abb. 14c).

Als psychosoziale Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit wurde u. a. gefragt, ob die Absolventen das Gefühl haben, dass unter den Kollegen fair miteinander umgegangen wird. Hier stimmten mehr Personen „eher nicht“ oder „gar nicht“ zu. Der kleinere Teil von ihnen empfand einen fairen Umgang.

Eine vergleichbare Einschätzung ergab sich auf die Frage, ob im Team Probleme offen angesprochen und gelöst werden. Diesen Themenschwerpunkt abschließend wurde nach Einschätzungen zum Betriebsklima gefragt. Hier gaben elf Befragte an, dieses als angespannt zu erleben im Gegensatz zu sieben und damit weniger, die diese Einschätzung „eher nicht“ oder „gar nicht“ teilten (s. Abb. 14d).

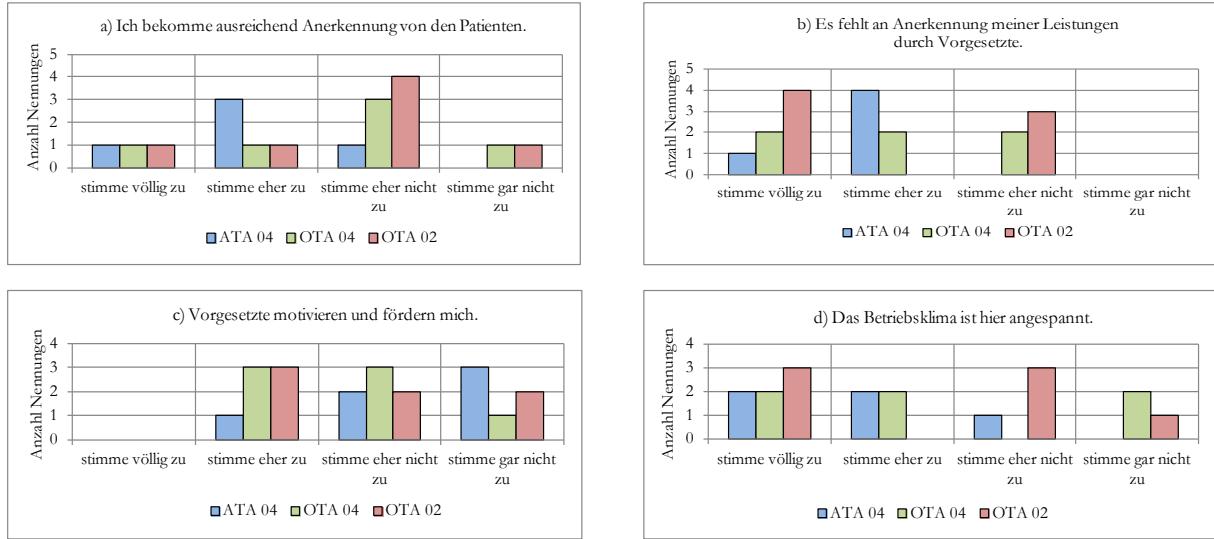


Abb. 14: Einschätzungen von ATA und OTA zu psychosozialen Faktoren ihrer Tätigkeit (a bis d)

5.2.2 Die Ausbildungen mit zeitlichem Abstand betrachtet – Positive Gesamtbilanz

(Eher extrinsische) Berufswahlmotive: Im Zusammenhang mit der Aufnahme ihrer Ausbildung sollten die Befragten u. a. angeben, was rückblickend gesehen ausschlaggebend für ihre Entscheidung war, einen der beiden Berufe zu wählen. Die offen formulierten Antworten der Absolventen des Pilotprojekt-kurses (ATA 04 & OTA 04) entsprachen dabei denen der Befragung zum Ausbildungsende (s. 5.1.1).

Bei den OTA des Kurses 02 wurden fast ausschließlich extrinsische Berufswahlmotive genannt. Dazu gehörte z. B. jenes, dass sie das Angebot zu dieser Ausbildung aufgrund von Erwerbslosigkeit angenommen haben (O02.5, s. auch A04.2). Mehrere der Befragten dieses Kurses hatten zudem bereits vor Ausbildungsbeginn als Krankenpflegehelfer oder in einer angelernten Funktion im OP gearbeitet. Sie durchliefen die Ausbildung, um ihr Beschäftigungsverhältnis fortsetzen zu können (O02.2, O02.3, O02.4, O02.6).

Das durchlaufene Bewerberauswahlverfahren wurde unterschiedlich eingeschätzt. Etwa ebenso viele Befragte empfanden es als „eher gut“ (8) oder „sehr gut“ (1) wie als „eher weniger gut“ (6) oder „unzureichend“ (2) dazu tauglich, die geeigneten Bewerber für die beiden Berufe ATA und OTA auszuwählen (s. Abb. 15). Bei späteren Fragen finden sich zudem einige ergänzende Kommentare dahingehend, dass „an der Bewerberauswahl gearbeitet werden [müsste]“ (A04.3; ähnlich A04.1, O04.2).

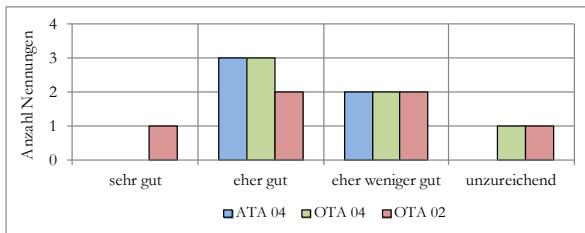
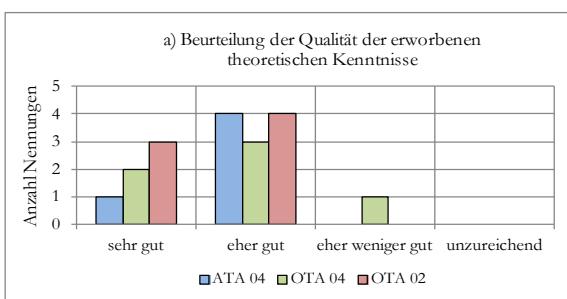


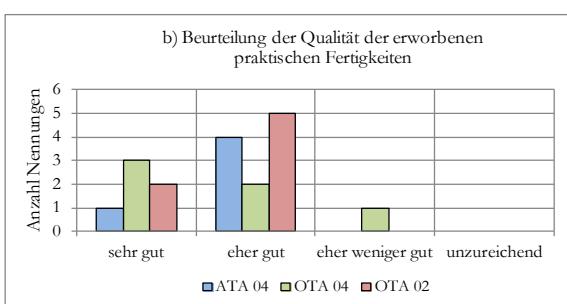
Abb. 15: Einschätzungen zur Eignung des Bewerberauswahlverfahrens

Ähnliche Einschätzungen ergaben sich bei Fragen zu den Abschlussprüfungen. Diese befanden die meisten insgesamt als „eher gut“ (10) oder „sehr gut“ (6) dazu geeignet, die erlangte Berufsfähigkeit zu belegen. Nur zwei gaben an, dass sie dies „eher weniger gut“ tun würden.

Rückblickend (allgemein positive) Beurteilung der Ausbildung: Mehrheitlich wurde angegeben,



dass sich die Absolventen zum Abschluss ihrer Ausbildung „eher gut“ (13) oder „sehr gut“ (4) auf ihren Beruf vorbereitet gefühlt haben. Lediglich eine ATA empfand ihre Vorbereitung als „eher weniger gut“ und ein Absolvent des Kurses OTA 02 als „unzureichend“.



Auch bei der etwas konkreteren Einschätzung zur Qualität der in der Ausbildung erworbenen theoretischen Kenntnisse, praktischen Fertigkeiten sowie bezüglich des Wissens über die Gegebenheiten der Praxis überwogen „eher gut[e]“ oder „sehr gut[e]“ Wahrnehmungen (s. Abb. 16a-c).

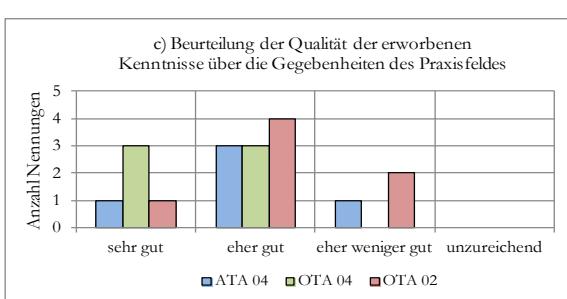


Abb. 16: Beurteilung der in der Ausbildung erworbenen a) theoretischen Kenntnisse, b) praktischen Fertigkeiten und c) Kenntnisse über das Praxisfeld

Einschätzungen zum Lernen in der Berufsfachschule: Die Absolventen sollten neben den o. g. allgemeinen Einschätzungen auch eine Beurteilung dazu abzugeben, ob die Thematisierung jedes in der Stundentafel der beiden Ausbildungen aufgeführten Fachs und Praxiseinsatzes „gerade richtig“, „zu

wenig“ oder „zu viel“ Raum eingenommen hat³⁶. Dabei zeigen sich bei fast allen Fächern Einschätzungen in die Richtung „zu viel“ und „zu wenig“, bei gleichzeitigen Angaben in der Kategorie „genau richtig“. Daraus kann mit gewisser Zurückhaltung geschlossen werden, dass keines der ausgewiesenen Fächer einen „eindeutig“ zu großen oder zu geringen Raum an Thematisierung im Empfinden der Absolventen eingenommen hat. Abbildung 17 zeigt exemplarisch die Einschätzungen der ATA-Absolventen für die anästhesiespezifischen theoretischen Fächer³⁷.

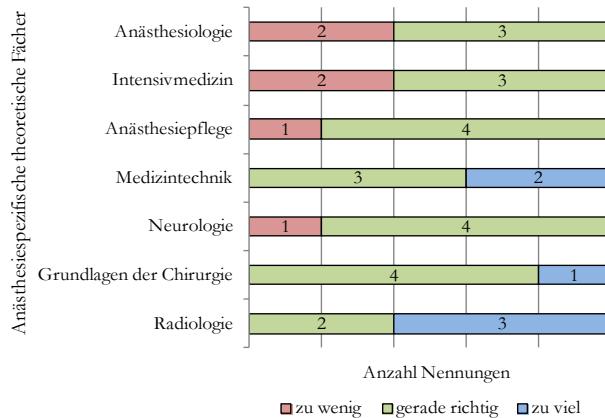


Abb. 17: Einschätzungen zur Angemessenheit der Thematisierung der anästhesiespezifischen theoretischen Fächer

Einschätzungen der Lernbedingungen in der beruflichen Praxis: Die Anleitung während der praktischen Ausbildung wurde überwiegend als „eher gut“ (10) oder „sehr gut“ (2) und in geringerem Umfang als „eher weniger gut“ (5) oder „unzureichend“ (1) beurteilt. Dabei wurde ihrer Einschätzung nach, ihr jeweiliger Ausbildungsstand „im Großen und Ganzen“ berücksichtigt. Nur einmal findet sich für

den Kurs OTA 02 die Angabe, dass dies nicht so gewesen sei, sondern häufig eine Unterforderung bestanden habe. Eine weitere ATA-Absolventin hatte in keiner der aufgeführten Kategorien geantwortet, sondern stattdessen als freie Formulierung eingefügt „Wir waren sehr oft auf uns allein gestellt“ (A04.5).

Der Annahme folgend, dass sich seit Beginn der Ausbildung der hier Befragten die Arbeits- und damit Lernbedingungen im Krankenhaus aufgrund der sich allgemein vollziehenden Rationalisierungs- und/oder Rationierungsprozesse (s. Kap. 2.1f) (weiter) verändert haben, wurden die Absolventen nicht nach den Rahmenbedingungen ihrer zurückliegenden Ausbildungszeit gefragt, sondern um Einschätzungen zu den Gegebenheiten in ihrem jetzigen Arbeitsumfeld gebeten, mit denen die Lernenden, die derzeit bzw. zum Befragungszeitpunkt eine ATA- oder OTA-Ausbildung absolvierten, konfrontiert sind bzw. waren. Bei den meisten der Items dieses Themenblocks wurden Einschätzungen in allen zur Verfügung stehenden Kategorien gegeben (s. Abb. 18a-f). Nur das Antwortmuster zum Item „[die] Personalknappheit wirkt sich

³⁶ Eine Begründung für die jeweiligen Einschätzungen wurde in dieser schriftlichen Befragung nicht eingeholt. Mögliche Deutungen der gegebenen Antworten bleiben so weitgehend denjenigen Lesern mit Hintergrundwissen durch ihre Einbindung in die Strukturen der Ausbildungseinrichtung der Auftraggeber der vorliegenden Untersuchung vorbehalten.

³⁷ Die Einschätzungen zur Angemessenheit der Thematisierung der einzelnen Fächer erfolgten vermutlich nicht nur im engeren Zusammenhang mit dem erkennbaren Verwertungsgehalt für die Berufsausübung. Sie dürften auch durch persönliche Interessenlagen und das individuelle Empfinden der didaktisch-methodischen Aufbereitung des jeweiligen Fachs beeinflusst worden sein. So ließe sich erklären, warum z. B. das Fach „Organisation und Dokumentation“ von genauso vielen Befragten des Kurses OTA 04 für „zu viel“ wie für „zu wenig“ thematisiert befunden wurde.

ungünstig auf die Anleitung auf das Lernen in der Praxis aus“ zeigt mit ausschließlich Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ (5) bzw. „trifft völlig zu“ (13) eine eindeutige Tendenz (s. Abb. 18a).

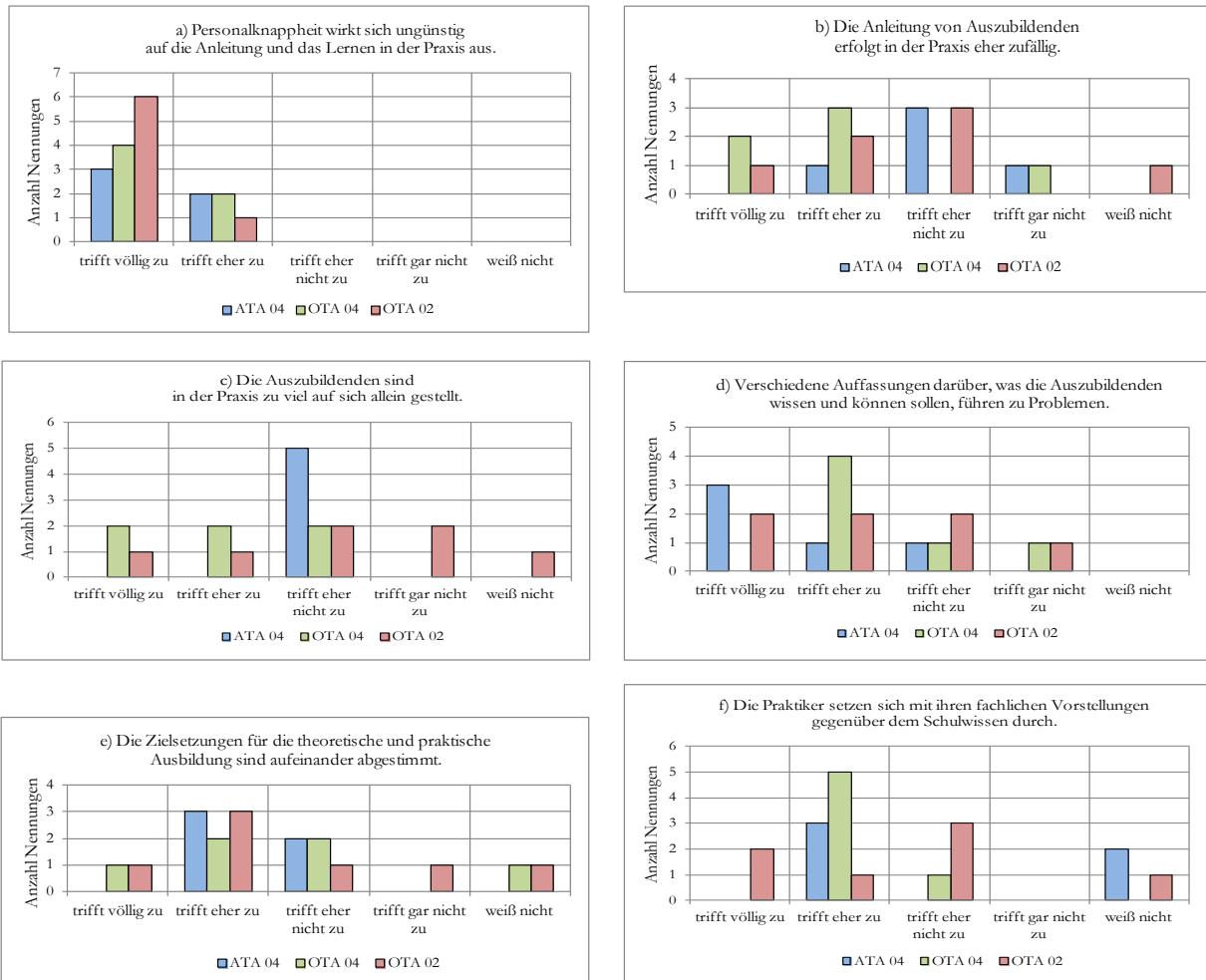


Abb. 18: Einschätzungen zu exemplarischen Aspekten des Lernprozesses in der Praxis (a bis f)

5.2.3 Berufliche Pläne werden konkreter

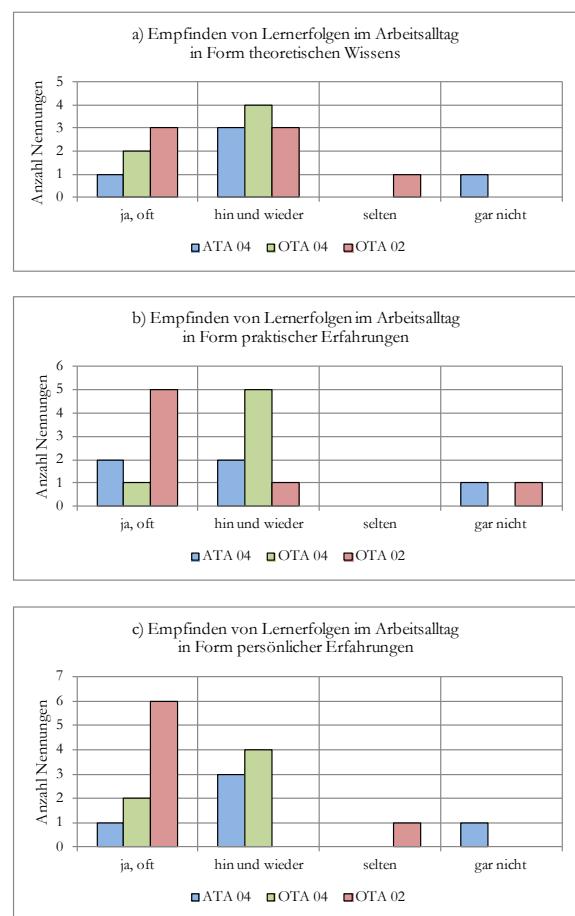
Weiterqualifizierungen (un-)erwünscht: In allen drei Teilgruppen (ATA 04, OTA 04 & OTA 02) gibt es Personen, die keine Weiterqualifikation planen (gesamt: sieben), doch bestätigen immerhin je drei Befragte jeder Gruppe den Wunsch nach einer Weiterbildung. Fünf nannten dabei nicht, was sie sich dabei vorstellen könnten; sechs gaben die Qualifizierung zum Praxisanleiter und drei zum Kardiotechniker an. Immerhin fünf Personen (drei des Kurses OTA 02 und zwei ATA) konnten sich auch vorstellen, noch einmal „einen anderen Beruf neu [zu] erlernen“.

Die Frage danach, ob sie in den vergangenen zwölf Monaten an Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen haben, verneinten fünf Befragte. Zwölf und damit der überwiegende Teil bestätigte jedoch eine Teilnahme an innerbetrieblichen und drei davon auch an externen Veranstaltungen. In allen Fällen handelte es sich bei den genannten Themen um fachbezogene Veranstaltungen. Es ging darin z. B. um Reanimation, Hygiene, OP-Verfahren, die Einlage zentraler Venenkatheter und die Einweisung in die Bedienung neuer medizintechnischer Geräte. Themen zum Erwerb überfachlicher Qualifikationen wurden nicht genannt.

Fachzeitschriften und Berufsverbände – kaum bedeutsam für ATA und OTA: Zwölf Befragte verneinten die Frage, ob sie regelmäßig in einer Fachzeitschrift lesen würden. Nur zwei Personen – je eine ATA und eine OTA – bestätigten das. Die OTA, die zugleich bereits über einen Pflegeberufsabschluss verfügte, nannte dabei als Titel die Pflegezeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“.

Ähnlich stellt sich die Situation der Berufsverbandszugehörigkeit dar. Hier verneinten fünfzehn und nur zwei bestätigten eine Verbandszugehörigkeit. In beiden Fällen handelt es sich um OTA; die eine gehört der Schwesternschaft des DRK, die andere dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) an.

Erleben von Lernerfolgen im Arbeitsalltag: Die meisten Befragten bestätigten, dass sie „oft“ oder zumindest „hin und wieder“ in ihrem Arbeitsalltag Lernerfolge in Form theoretischen Wissens sowie praktischer und persönlicher Erfahrungen erleben.



Ob es hierbei Unterschiede in Abhängigkeit von der Länge der bisherigen Berufstätigkeit, d. h. zwischen den Absolventen des Kurses ATA+OTA 04 und des Kurses OTA 02 gibt und/oder welche anderen Einflussfaktoren hier zum Tragen kommen könnten, lässt sich aufgrund der kleinen Stichprobe nicht sagen (Abb. 19a-c).

Abb. 19: Empfinden von Lernerfolgen im Arbeitsalltag von ATA und OTA (a bis c)

5.2.4 Prognosen: „Wegzudenken sind wir auf Dauer nicht mehr“³⁸

Abschließend wurden die Absolventen gebeten, Einschätzungen zum Stand der Anerkennung und zur Zukunft des ATA- bzw. des OTA-Berufs abzugeben, etwa im Hinblick auf mögliche Veränderungen ihrer Aufgaben und Kompetenzen sowie im Hinblick auf das interdisziplinäre Zusammenwirken.

Mehrfach wurde hierbei von den befragten OTA die Annahme formuliert, dass es zu einem „Aussterben der Fachweiterbildung im Operationsdienst“ (O04.1) bzw. zu einem Rückgang der Beschäftigung von

³⁸ s. Formulierung im Fragebogen A04.1

Fachpflegekräften im OP kommen wird, da immer mehr Operationstechnische Assistenten vorhanden sind (s. auch O04.4, O04.5, O04.7, O02.2, O02.4).

Aus ihrer Sicht hängt die zunehmende Qualifizierung von OTA v. a. mit der allgemeinen Pflegepersonalknappheit in den OPs zusammen (O04.1, O04.4) und damit, dass ihre „Bezahlung sehr viel weniger ist“ (O04.2) als von Fachpflegekräften (s. auch O04.5, O02.2). Zudem wird angeführt, dass ein OTA im Vergleich zu einem Pflegenden „der geschultere Mitarbeiter“ sei (O04.4; s. auch O04.5, O02.2).

Von mehreren Befragten wurde die bislang fehlende [staatliche] Berufsanerkennung erwähnt (O04.5, O02.3). Sie wird jedoch nur von einem Befragten als möglicher Grund für eine fehlende Zukunftsperspektive der Berufsentwicklung benannt (O02.6). Die meisten gehen hingegen von einer allgemein zunehmenden Akzeptanz und Verbreitung ihrer Berufsgruppe aus (z. B. A04.1, O02.4).

Einige OTA nahmen ihren Beruf an ihrem Arbeitsort als „sehr gut angenommen“ wahr (O04.3, O04.4), und zwar sowohl von Mitarbeitern mit pflegerischem Hintergrund (O04.1), als auch von Medizinern (O04.3). Andere befanden ihren Beruf als bislang „nicht richtig anerkannt“ (O02.1) und „dass es noch sehr lange dauern [...] [könnte], bis er sich Anerkennung erkämpft hat [und dass es] bis dahin [...] ein steiniger und schwieriger Weg, sowohl für Azubis, aber auch für Berufseinsteiger [werden wird]“ (A04.4, s. auch O04.4). Die Absolventen berichten dahingehend z. B. von „mehr oder weniger Streit, [...] [wer] was machen darf“ (O02.1) und von „ziemliche[n] Vorurteile[n]“ von Seiten der „OP-Schwestern“, die sich erst „eines Besseren belehren lassen [müssten]“, ehe sie OTA als kompetente Kollegen wahrnehmen und sich von diesen auch etwas zeigen lassen würden (O04.1). Weiter heißt es, dass „andere Berufsgruppen [...] sich mit dem Gedanken [erst] anfreunden [müssen]“, dass es diese neuen Ausbildungen gibt (O02.4) und „[...] ältere Fachschwestern [erst langsam] zunehmend toleranter ATA's gegenüber werden“ (A04.1).

(Keine) Erwartungen von Veränderungen der Aufgabenprofile: In Bezug auf mögliche Veränderungen ihrer Aufgabenprofile sind die Einschätzungen ebenfalls geteilt. Während drei der vier ATA, die hierzu Antworten formuliert haben, tendenziell nicht davon ausgehen, dass sich „[...] im Aufgabenprofil etwas ändern wird bzw. in [den] Verantwortlichkeiten, [...] [weil] der Ausbildung [dafür] bestimmte Inhalte, die dazu notwendig sind [fehlen]“ (A04.4, s. ähnlich auch A04.1, A04.2), gehen die befragten OTA überwiegend davon aus, dass die Anforderungen und die Möglichkeiten zur Übernahme von Verantwortlichkeiten steigen werden. Als Beispiele nannten sie hier leitende Funktionen (O04.1, O04.7, O02.4), verantwortliche Rollen für Bestellungen, Hygiene, die Anleitung von Lernenden und neuen Mitarbeitern (O04.1, O04.7) sowie die „Übernahme von ärztlicher Assistenz bei OPs“ (O04.1). Hierbei überlegte ein Befragter, dass man sich „vielleicht [...] dem amerikanischen OTA, der ,aufschneidet und zunährt‘ [nähert]“, was von ihm als „[...] auch gar nicht so schlecht [...]“ befunden wird (O04.5).

Im Zusammenhang mit den möglicherweise wachsenden Aufgaben erwähnt eine Absolventin, dass „man [...] jetzt allerdings [auch] mehr Möglichkeiten bekommen [sollte], sich fort- und weiterbilden zu können, was [ihr] ein bisschen fehlt“ (O04.3).

Zum Zusammenwirken mit anderen Berufsgruppen wurden nur wenige Angaben gemacht. In den zu findenden Antworten wurden von den ATA und OTA Bezüge zur jeweils anderen Berufsgruppe hergestellt. So hielten zwei ATA eine „noch bessere und engere Zusammenarbeit mit [...] OP-Pflegepersonal“ (A04.2) bzw. mit „OTA [...] [für] sehr förderlich und anstrebsam“ (A04.04) und umgedreht befanden zwei OTA, dass „die Zusammenarbeit mit der Anästhesie [...] mehr gefordert werden [sollte]“ (O04.3, ähnlich auch O04.1). Hierbei wurde zudem der Kommentar notiert, dass in der Qualifizierung von OTA „vielleicht noch tiefgründiger in die Anästhesiologie [eingegangen werden sollte]“ (O04.3).

5.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 2

An zentralen Ergebnissen der ATA- und OTA-Absolventenbefragung nach ihrer Einmündung in den Beruf sollen hier schlaglichtartig die Folgenden benannt werden; weitere werden im Kap. 5.5 aufgegriffen.

Die Einschätzungen zu verschiedenen thematisierten Aspekten der Zufriedenheit mit ihrer Beschäftigungs- und Arbeitssituation gehen bei den Befragten ATA und OTA des Pilotprojektkurses ca. ein Jahr nach ihrem Berufseintritt auseinander. Gleiches gilt für die Absolventen des Kurses OTA 02, die zum Befragungszeitpunkt bereits drei Jahre in ihrem Beruf tätig waren (s. 5.2.1).

Zu den zentralen Gründen für belastend empfundene Bedingungen, gehört v. a. die geringe Akzeptanz ihrer Berufe durch Kollegen, insb. derjenigen mit einer pflegerischen Ausbildung. Davon sind die ATA-Absolventen besonders betroffen (s. ebd.). Hinzu kommen Faktoren, wie körperlich anstrengende Arbeit, häufiger Personalmangel und hoher Arbeitsdruck bei einem angespannten Betriebsklima. Das wiederum ist eher für die OTA-, als die ATA-Absolventen zu berichten (s. ebd.).

Auch in der Nachbefragung wird eine überwiegend positive Bilanz zur durchlaufenen Ausbildung gezogen. Diese Bilanz gilt sowohl für diverse Aspekte des Lernens in der Berufsfachschule als weitgehend auch für das Lernen im Praxisfeld (s. 5.2.2). In Bezug auf die zum Befragungszeitpunkt gegebenen Lernbedingungen in der Praxis, wird dabei jedoch zugleich durchweg angegeben, dass die allgemeinen Arbeitsumstände, und dabei v. a. die bestehende Personalknappheit in den beiden Funktionsdiensten, das Lernen und die Anleitung der Schüler negativ beeinflussen (s. ebd.).

Auch mit einem zeitlichen Abstand zur Beendigung ihrer Ausbildung erleben ATA und OTA Lernerfolge in ihrem Arbeitsalltag (s. 5.2.3). Zugleich geben mehr Absolventen des Pilotprojektkurses konkretere berufliche Zukunftspläne an, als zum Befragungszeitpunkt ein Jahr zuvor (s. ebd.).

Im Hinblick auf die Zukunftsperspektive ihrer Berufe wird von einer zunehmenden Akzeptanz und Verbreitung ausgegangen (s. 5.2.4). Dabei sind ihre Erwartungen zu möglichen Veränderungen ihrer Aufgabenprofile, insb. im Hinblick auf deren Erweiterungen, geteilt (s. ebd.).

5.3 Die Blickrichtung von Pflegedienstdirektoren

5.3.1 Angaben zur Stellensituation im Anästhesie-Funktionsdienst

Den Angaben der Pflegedienstdirektoren zufolge besteht derzeit, von regionalen Ausnahmen abgesehen, kein genereller Personalmangel im Anästhesie-Funktionsdienst. Die Situation stellt sich hier sogar entspannter dar, als im Pflegedienst allgemein. Während lediglich 10% offene Stellen im Anästhesie-FD ihrer Einrichtungen angeben, die aufgrund fehlender geeigneter Bewerber derzeit nicht besetzbare sind (s. Abb. 20a), berichten dies immerhin 26% für die allgemeine Pflegepersonalsituation.

Nach Krankenhausversorgungsstufen betrachtet, ist der Anteil der Maximalversorger mit offenen, nicht besetzbaren Stellen im Anästhesie-FD mit 24% deutlich größer, als in den darunter liegenden Versorgungsstufen mit jeweils unter 10%. In den Universitätskliniken ist es sogar jedes zweite Haus (13 von 25), das hier über offene Stellen verfügt.

Nach offenen Stellen für Anästhesisten gefragt, bestätigen dies rund 46% der Pflegedienstdirektoren für ihr Krankenhaus. Zwar können knapp 11% hierzu keine Angabe machen, doch ist anzunehmen, dass derzeit in etwa jedem zweiten deutschen Krankenhaus Stellen für Anästhesisten frei sind. Dabei zeigt sich die Situation in den Krankenhäusern der oberen Versorgungsstufen erneut angespannter (s. Abb. 20b).

Für die nahe Zukunft, d. h. die kommenden ca. fünf Jahre, rechnet etwa jeder zweite Befragte mit Schwierigkeiten bei der Besetzung von offenen Stellen im Anästhesie-Funktionsdienst.

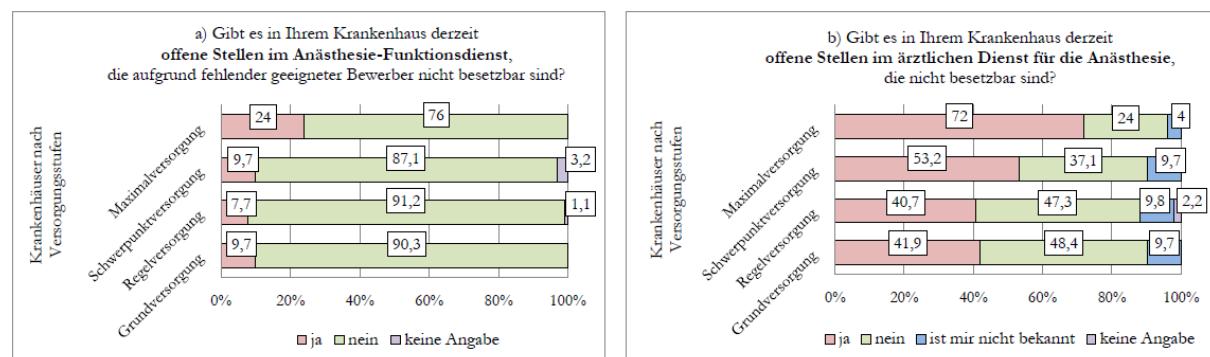


Abb. 20: a) Stellensituation im Anästhesie-Funktionsdienst & b) im ärztlichen Dienst der Anästhesie (n=216)

Da als wesentliche Determinanten der quantitativen Personalbedarfsentwicklung die Altersstruktur und Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter gelten, wurde auch danach gefragt. Für 36% der Krankenhäuser wird angegeben, dass der Altersdurchschnitt im Anästhesie-Funktionsdienst höher liegt, als bei den Pflegenden in bettenführenden Bereichen. Nur 6% schätzen ihn niedriger ein.

Nach den Belastungen der Mitarbeiter befragt, zeichnet sich ein verhältnismäßig günstiges Bild ab. 70% der Befragten sind der Ansicht, dass die körperlichen Belastungen im Anästhesie-FD bis zum Erreichen des Rentenalters tragbar sind. Eine ähnliche Einschätzung ergibt sich für die psychischen Belastungen. Hier sind 73% völlig oder eher der Meinung, dass diese solange zu bewältigen sind.

5.3.2 Einschätzungen zur pflegerischen Fachweiterbildung I&A

Für ca. 55% der Krankenhäuser wurde angegeben, dass mehr als die Hälfte der Mitarbeiter im Anästhesie-FD über eine einschlägige Fachweiterbildung verfügt, in knapp 37% der Krankenhäuser liegt ihr Anteil zwischen einem Viertel und der Hälfte und in knapp 8% bei weniger als einem Viertel der Mitarbeiter.

In 77% der Krankenhäuser befanden sich zum Befragungszeitpunkt Pflegende in einer FWB für „Intensivpflege & Anästhesie“ und mit knapp 70% in einer für den OP-Dienst. Die Pflegedienstdirektoren rechnen damit, dass es in den kommenden ca. fünf Jahren in ähnlichem Umfang entsprechende Qualifizierungsangebote geben wird. Teilqualifizierende Weiterbildungen spielen dabei mit rund 4% spezifisch für die Anästhesie und mit 5% für die Intensivpflege eine bisher geringe Rolle. In den Antworten deutet sich jedoch an, dass die Bedeutung der Teilqualifizierungen voraussichtlich leicht ansteigen wird.

Zu erwähnen sind hier auch die zahlreichen Randnotizen zu diesem Fragenkomplex. Sie weisen darauf hin, dass hinsichtlich der Fachweiterbildung für den Operationsdienst Verdrängungseffekte durch die Etablierung der Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) wirksam werden. So heißt es z. B. „[Fachweiterbildung] Operationsdienst wird evtl. Auslaufmodell wegen OTA-Ausbildung“ (s. Fragebogen 01.29³⁹), „[Fachweiterbildung Operationsdienst] nur, wenn zu wenig OTA nachwachsen“ (s. 09.07) und „keine OP-FWB, weil OTA“ (s. 09.13).

Dabei geben rund 63% der Befragten an, dass bei ihnen OTA beschäftigt sind. Die größte Verbreitung finden sie derzeit mit 84% in den Häusern der Maximalversorgung, wobei sich ihre Etablierung in den Krankenhäusern als kontinuierlicher Prozess nachzeichnen lässt (s. Abb. 21a & b).

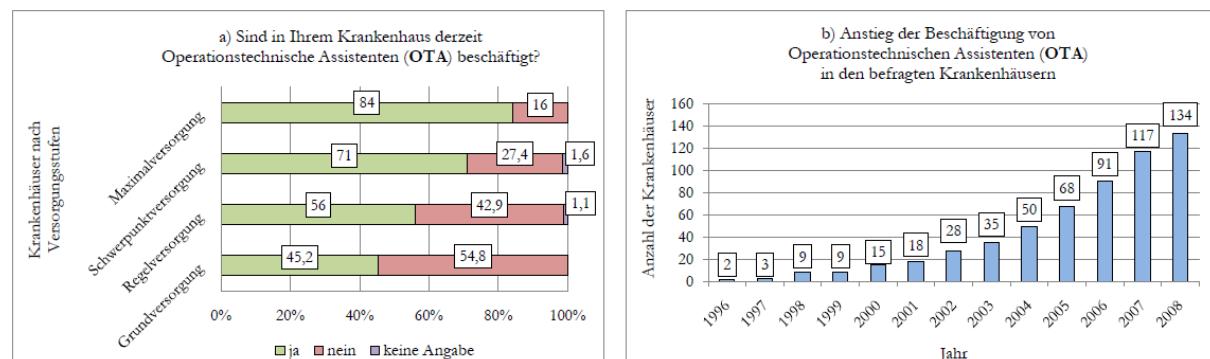


Abb. 21: Beschäftigung von Operationstechnischen Assistenten (n=216) (a & b)

Die Einschätzungen zu Verbesserungsoptionen der pflegerischen Fachweiterbildung und zur Weiterentwicklung der Qualifikationsprofile für Mitarbeiter im Anästhesie-Funktionsdienst, zeigen ein geteiltes Bild. So stimmen ca. 64% „völlig“ oder „eher“ zu, dass es Bedarf an inhaltlichen und methodischen Verbesserungen der etablierten Fachweiterbildung gibt (s. Abb. 22a & b).

³⁹ Die zurückgesendeten Fragebögen erhielten vierstellige Code-Nummern. Die ersten beiden stehen alphabetisch geordnet für das Bundesland, in dem sich das Krankenhaus befindet, aus dem die Angaben stammen (01 bis 16). Unikliniken erhielten bundeslandunabhängig die Nummer 17. Die 18 wurde für Krankenhäuser vergeben, bei denen die Lage nicht vermerkt war (3 x). Die letzten beiden Ziffern wurden in der Reihenfolge der eingegangenen Fragebögen vergeben.

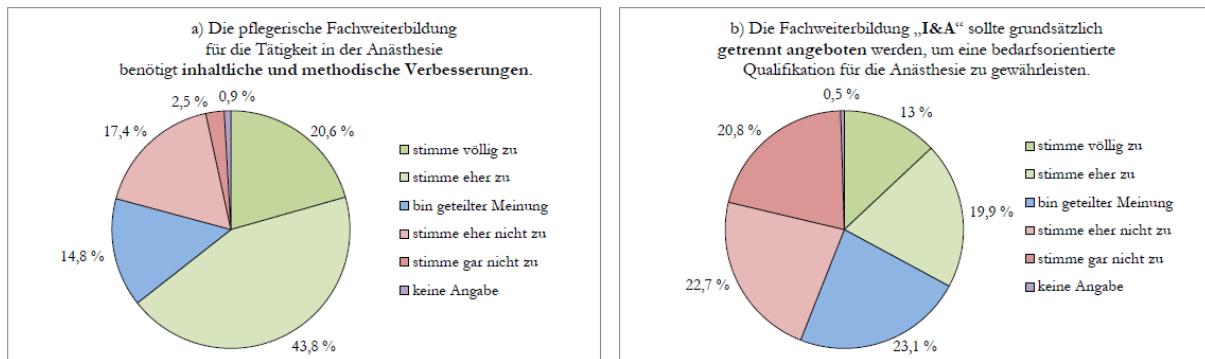


Abb. 22: Einschätzungen zu Verbesserungsoptionen der pflegerischen Fachweiterbildung (n=216) (a & b)

5.3.3 Auffassungen zu zukünftigen Qualifikationsbedarfen

Deutlich fiel mit 63% die „völlige“ oder „eher“ getroffene Zustimmung zu einem zukünftigen Bedarf an Mitarbeitern aus, die sowohl für den Anästhesie-, als auch für den OP-Dienst flexibel einsetzbar sind (s. Abb. 23a & b).

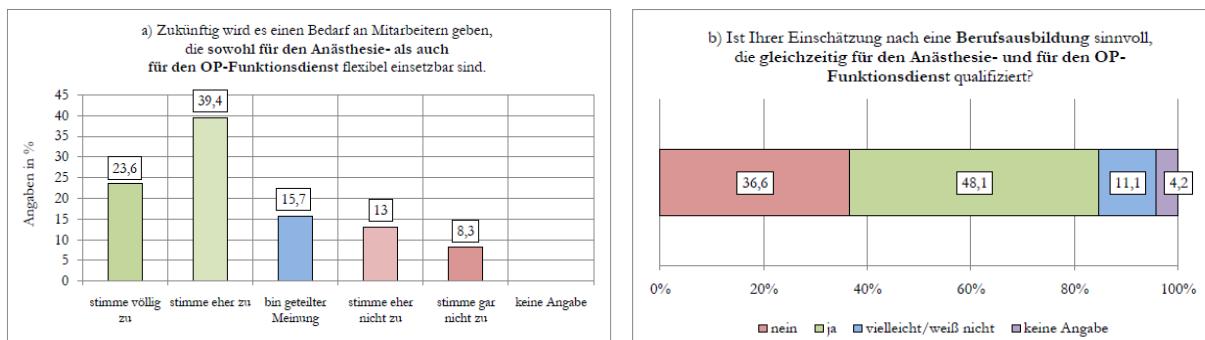


Abb. 23: Einschätzungen zur Sinnhaftigkeit eines Berufsbildes für Aufgaben im Anästhesie- und im OP-Funktionsdienst (n=216) (a & b)

Anders stellt sich hingegen die Einschätzung auf die Frage danach dar, ob es zukünftig einen Bedarf an hochschulisch qualifizierten, nichtärztlichen Mitarbeitern in der Anästhesie geben wird. Hier halten sich Zustimmung und Ablehnung in etwa die Waage bei einem gleichzeitig hohen Anteil von 31% der Befragten, die hierzu „[...] geteilter Meinung“ sind (s. Abb. 24).

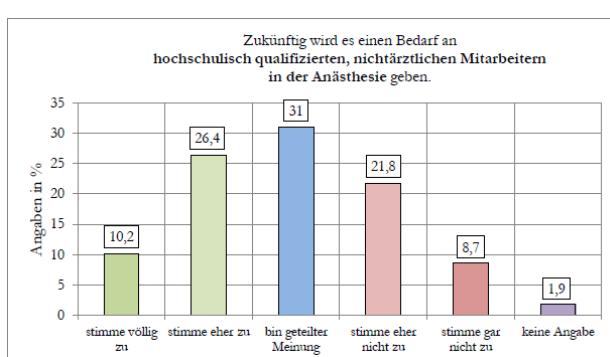


Abb. 24: Einschätzungen zum Bedarf an hochschulisch qualifizierten, nichtärztlichen Mitarbeitern in der Anästhesie

Die Frage nach dem Bedarf an hochschulisch qualifizierten, nichtärztlichen Mitarbeitern, erschien v. a. im Zusammenhang mit dem zukünftig möglicherweise größeren Aufgabenspektrum der Mitarbeiter relevant. Immerhin bestätigte ein Großteil der befragten Pflegedienstdirektoren diese Tendenz. So gaben 44,5% „völlig“ oder „eher“ zustimmend an, dass zukünftig speziell qualifizierte Fachkräfte eigenverantwortlich Narkosen überwachen sollten. 36% waren hier geteilter Meinung und nur rund 21% lehnten dieses Vorgehen ganz oder teilweise ab (s. Abb. 25).

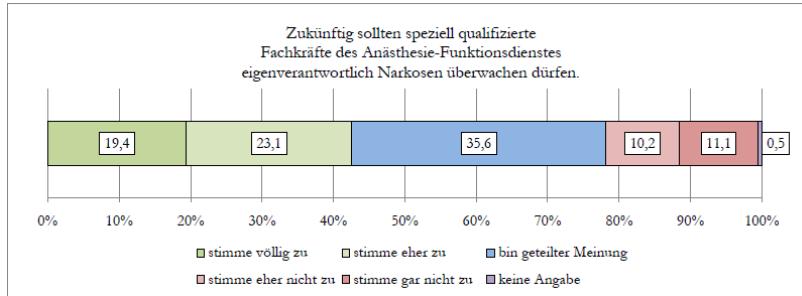
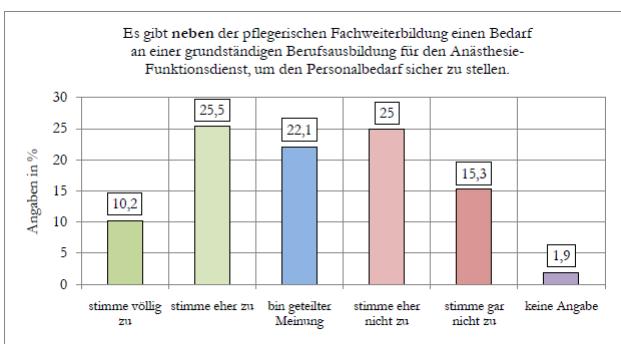


Abb. 25: Einschätzungen zur eigenverantwortlichen Narkoseüberwachung durch qualifizierte Fachkräfte des Anästhesie-Funktionsdienstes

5.3.4 Sichtweisen zu einer grundständigen Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst

Etwa neun von zehn Befragten (88%) gaben an, schon etwas zum Berufsbild „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ gehört zu haben. Auf die Frage, ob man sich in ihren Krankenhäusern mit dem Gedanken trägt, eine solche Berufsausbildung anzubieten oder ggf. Praktikumsstellen zur Verfügung zu stellen, antworteten knapp ein Drittel (31%) mit „vielleicht/noch unentschieden“; 54% haben derzeit keine, aber immerhin auch 31 von 216 Befragten (ca. 14%) haben hierzu konkrete Umsetzungspläne.

Danach gefragt, ob sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt ATA einstellen würden, antworteten 30% mit nein, knapp 17% mit „vielleicht/weiß nicht“, aber auch 25% mit „nur wenn sich keine geeigneten Pflegekräfte bewerben“ und immerhin 25% mit „ja“.



Bei der Einschätzung dazu, ob es neben der pflegerischen Fachweiterbildung einen Bedarf an einer grundständigen Ausbildung für den Anästhesie-FD gibt, um den Personalbedarf sicher zu stellen, halten sich Zustimmung mit 36% und Ablehnung mit 40% etwa die Waage; 22% sind geteilter Meinung (s. Abb. 26).

Abb. 26: Einschätzungen zum Bedarf an einer grundständigen Berufsausbildung zur Sicherstellung des Personalbedarfs

Ein ähnliches Bild ergibt sich auf die Frage, ob eine solche Ausbildung besser als die etablierte Fachweiterbildung den Anforderungen der Praxis gerecht werden kann (vgl. Abb. 27a). Konkret nach dem Berufsbild ATA gefragt, zu dem eine Kurzinformation auf der Rückseite des Fragebogens abgedruckt war,

nimmt mehr als die Hälfte der Befragten an, dass dieses den Ansprüchen an die Praxis gerecht werden kann (vgl. Abb. 27b). Dieses deutliche Ergebnis wird zugleich dadurch relativiert, dass ebenso viele Personen für eine grundständige Berufsausbildung plädieren, die gleichzeitig für den Anästhesie- und für den OP-Funktionsdienst vorbereitet. Diese Einschätzung vertreten dabei besonders häufig Befragte aus den Häusern der Grundversorgung, die hier zu 71% zustimmen.

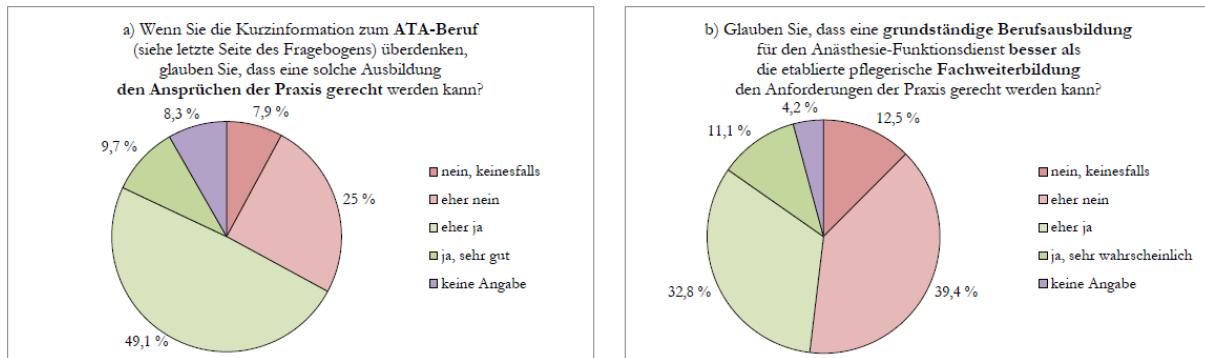


Abb. 27: Einschätzungen zur Praxisangemessenheit einer grundständigen Berufsausbildung im Vergleich zur pflegerischen Fachweiterbildung (a & b)

Die Pflegedienstdirektoren wurden in einer offenen Frage gebeten, je drei Aspekte für und/oder gegen eine grundständige Ausbildung anzuführen (s. Tab. 5). 76% nahmen eine Einschätzung vor. Ähnlich viele führten dabei entweder nur Argumente dafür oder nur dagegen auf. Insgesamt ergaben sich etwas mehr Einzelnennungen zu den Gegenargumenten, als auf der Seite der Pro-Argumente.

Tab. 5: Themenfelder der Argumente für und gegen eine grundständige Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst

Argumente für eine grundständige Ausbildung	Argumente gegen eine grundständige Ausbildung
<ul style="list-style-type: none"> - ökonomische Vorteile im Vergleich zur Fachweiterbildung - gezielte Ausbildung - Spezialisierung/einschlägige Fachkompetenz - Ausgangspunkt für Kompetenzerweiterung - Personalgewinnung und -bindung - Erweiterung des Bewerberklientel - gute Erfahrungen mit OTA 	<ul style="list-style-type: none"> - eingeschränkte Flexibilität durch zu enges Aufgabenfeld - Personalentwicklung erschwert - Patienten und Gesamtprozesse geraten aus dem Blick - unklare Rechtssituation und Kompetenzverteilung - Provokation von Konflikten zwischen Berufsgruppen - Favorisierung anderer Qualifikationskonzepte

In den **Argumenten für** eine grundständige Ausbildung werden ökonomische Vorteile angesprochen, und zwar sowohl im Hinblick auf die Einsparung von Aus- und Weiterbildungs-, als auch von Gehaltskosten. In einer solchen Ausbildung wird eine gezielte, bedarfsgerechte Spezialqualifikation gesehen, die eine Basis für Weiterentwicklungen, etwa in Form der Übernahme bisher Ärzten zugeordneter Aufgaben, ermöglicht. Die Ausbildung könne v. a. für junge Menschen attraktiv sein, die bisher den „Umweg“ über eine Pflegeausbildung gemieden hätten, um in der Anästhesie tätig zu sein.

Die **Gegenargumente** beziehen sich auf die eingeschränkte Flexibilität im Personaleinsatz, die durch die enge Qualifizierung bedingt und zugleich die Personalentwicklung der Absolventen erschweren würde. Es

wird angemerkt, dass durch eine funktionale, eng geschnittene Ausbildung der Blick für Gesamtprozesse und Patientenbedürfnisse verloren geht. Hinzu kommen Unklarheiten über die rechtliche Situation. Die Befragten befürchten zudem Nachteile für die Personalentwicklung von Pflegenden, für die die Anästhesie vielfach ein attraktives Arbeitsfeld darstellt, sowie Konfliktpotenziale innerhalb der Belegschaft und auf der Ebene der Berufspolitik. Nicht zuletzt werden auch Gegenüberlegungen zur Sicherstellung der Personalgewinnung und sicheren Patientenversorgung angeführt. Dazu sind Qualifikationskonzepte für Pflegende i. S. von ANP-Funktionen sowie die Forderung nach angemesseneren Arbeitsbedingungen und besserer Entlohnung benannt.

5.3.5 Unterschiedliche Einschätzungen nach Krankenhausgrößen und Versorgungsstufen

In den Einschätzungen der Pflegedirektoren geordnet nach Krankenhasträgerschaften, zeigen sich allenfalls schwache Unterschiede. Bei der Analyse der Antworten nach Krankenhausgrößen und Versorgungsstufen fällt auf, dass die Personalsituation in den großen Institutionen bzw. in denen der oberen Versorgungsstufen, und hier besonders in den Universitätskliniken, angespannter erscheint, als in den kleineren Häusern bzw. denen der mittleren und unteren Versorgungsstufen.

Dabei zeigt sich gerade in diesen Häusern dann auch eine höhere Zustimmung, etwa zur eigenverantwortlichen Narkoseüberwachung durch nichtärztliche Mitarbeiter, eine größere Verbreitung neuer Berufsgruppen wie OTA und eine deutlichere Bereitschaft zur Beschäftigung von ATA und zur Erprobung einer solchen Ausbildung.

5.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 3

Zusammenfassend ist an zentralen Ergebnissen der dritten TU hervorzuheben, dass sich, aus der Perspektive der Pflegedienstdirektoren für den Zeitpunkt Frühjahr 2009, der Bedarf an einer staatlich anerkannten grundständigen Berufsausbildung für den Anästhesie-FD weder klar verneinen, noch bestätigen ließ.

Von regionalen Ausnahmen abgesehen, konnte kein genereller Bedarf an einer solchen Ausbildung dahingehend festgestellt werden, dass kurzfristig genügend einschlägig qualifiziertes Personal benötigt werden würde. Zudem bestand kein genereller Bedarf in der Richtung, dass das Konzept der etablierten pflegerischen Fachweiterbildung, trotz der aufgezeigten Verbesserungsoptionen, so defizitär wäre, dass eilig Abhilfe durch ein neues Qualifikationskonzept geschaffen werden müsste (s. 5.3.1, 5.3.2 & 5.3.4).

Die Sichtweisen zur Schaffung einer grundständigen Ausbildung für das hier interessierende Handlungsfeld waren zweigeteilt (s. 5.3.4). Hervorzuheben ist dabei, dass deutlich mehr als die Hälfte der Befragten einen Bedarf an Mitarbeitern angaben, die sowohl für den Anästhesie-, als auch für den OP-Funktionsdienst flexibel einsetzbar sind (s. 5.3.3). Zudem waren fast die Hälfte der Ansicht, dass zukünftig speziell qualifizierte Fachkräfte eigenverantwortlich Narkosen überwachen dürfen sollten (s. ebd.).

5.4 Der Blickwinkel von fachweitergebildeten I&A- sowie OP-Pflegenden

Die folgende Ergebnisdarstellung konzentriert sich auf die Sichtweisen und Einschätzungen der Pflegenden mit einem Fachweiterbildungsabschluss für „Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“. Die Einschätzungen der befragten Pflegenden mit einem Abschluss für den OP-Dienst werden dann eingebracht, wenn sie von denen der I&A-Fachpflegenden abweichen und das Ergebnisspektrum in Bezug auf die Beantwortung der eingangs gestellten Teilstudien erweitern.

5.4.1 Wege in den Anästhesie- und OP-Funktionsdienst

Fragen danach, ob Krankenpflege ihr Wunschberuf gewesen sei, bejahten die Hälfte der achtzehn Befragten. Für die anderen stellte ihre Pflegeausbildung eine Kompromisslösung dar, wobei sie mehrfach zur Überbrückung der Wartezeit auf ein Medizin- oder ein anderes Studium gedacht war.

Der Zeitpunkt der Spezialisierung in Richtung Anästhesie und/oder Intensivpflege bzw. den OP-Dienst lag mit zwei Ausnahmen innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss der grundständigen Pflegeausbildung. Sechs Personen gingen dabei unmittelbar nach der Ausbildung auf eigenen Wunsch in eines dieser Handlungsfelder, die sie bereits aus der Ausbildung kannten. In zwei weiteren Fällen kannten die Befragten diese Felder bis dahin nicht, probierten es aber aus, sich dort zurecht zu finden, weil nur dort freie Stellen zur Verfügung gestanden haben.

Zwei I&A-Pflegende kamen nach einer Zeit der Stationstätigkeit wegen Rückenbeschwerden in die Anästhesie. Die Versetzung erfolgte dabei einmal auf eigene Initiative und das andere Mal auf Empfehlung einer Vorgesetzten in der Annahme, dass die körperlichen Anstrengungen hier geringer seien als im Stationsbetrieb. Eine weitere Pflegende wechselte nach einer Familienpause aufgrund der Möglichkeit geregelterer Arbeitszeiten in die Anästhesie und zwei weitere aus dem gleichen Grund in den OP. Eine Befragte war zunächst unmittelbar nach ihrer Ausbildung etwa zwölf Jahre lang im OP-Dienst tätig und kam dann, aufgrund von hausinternen Umstrukturierungen, in die Anästhesie. Sie verfügt in beiden Feldern über einen Fachweiterbildungsabschluss.

Eine Interviewpartnerin arbeitete zum Befragungszeitpunkt im Rotationsprinzip, sowohl in der Anästhesie, als auch in der Intensivpflege und ein Gesprächspartner war trotz absolviertes einschlägiger Fachweiterbildung weder zum Weiterbildungsbeginn, noch zum Befragungszeitpunkt in einem dieser Felder, sondern in der Notaufnahme tätig. Die Frage danach, wieso er sich dennoch für eine I&A-Fachweiterbildung entschieden habe, beantwortete er damit, dass er Intensivmedizin als spannend befunden hätte, es in der Notaufnahme auch eine Menge Intensivmedizin gäbe und es zum damaligen Zeitpunkt nichts anderes an Weiterqualifikation für sein Handlungsfeld gab. Heute würde er eine Weiterbildung für „Erste Hilfe, Rettungsstellen, Notaufnahmen und Ambulanzen“ (kurz: ERNA) nach einem neuen Konzept des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), bevorzugen (An2, 1, 7ff).

Es fiel auf, dass sechs der zehn I&A-Fachpflegenden in ihren Antworten die Bezeichnung „Intensivmedizin“ wählten und nicht oder seltener von „-pflege“ sprachen, obwohl die offizielle Fachweiterbildungsbezeichnung, die sie erworben haben, „Intensivpflege & Anästhesie“ lautet.

Mehrere Interviewpartner stellten in diesem Zusammenhang oder später Gedankengänge in Bezug auf die Typen von Pflegepersonen an, die sich für die Spezialisierung in der Anästhesie und Intensivpflege oder im OP-Dienst entscheiden. So wurde die Vermutung geäußert, dass diese häufig medizin- und technik-orientierter sind und nach neuen Herausforderungen suchen.

„Also Pflege selbst war nicht mein Wunschberuf. Ich war mehr so eher technisch interessiert und das hat sicher auch, ob nun bewusst oder wohl unbewusst, auch meinen Berufsweg gesteuert.“ (An6, 7, 26ff)⁴⁰

„ITS, Anästhesie, OP, die Spezialbereiche, das ist schon noch mal ‘ne andere Herausforderung. [...] Wer [...] ein eigenständigerer, neugieriger Typ ist, den macht das [Arbeiten auf Normalstation] irgendwann kaputt und dann geht der raus aus der Pflege oder der guckt sich gleich oder bald nach was um, wo er mehr Herausforderung hat, wo er eigenständiger handeln kann und auch muss [...].“ (An10, 4, 8ff)

„Ich habe schon gedacht, dass die [betont:] Pflege eherl. etwas hinter medizinischen Aspekten ansteht, also, dass die Medizin, das Medizinische, Therapie, Medikamente da einen größeren Raum einnimmt. Und das wollte ich haben. Ich sah das als Herausforderung, so ein bisschen ärztlich sein.“ (An7, 13, 6ff)

5.4.2 Rückblicke auf die absolvierten Fachweiterbildungen

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass der Wunsch, eine Fachweiterbildung zu absolvieren, primär von Ihnen ausging. Einige wussten, dass sie früher oder später eine entsprechende Qualifizierungsmaßnahme zu durchlaufen hatten, um ihren Arbeitsplatz in der jeweiligen Abteilung dauerhaft zu sichern. Für sie ergänzten sich die äußeren Anforderungen und die eigene Motivation.

„Also beides. Ich bin durch einen Bekannten, der ist jetzt leitender OP-Pfleger, darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich doch vielleicht so eine Weiterbildung machen könnte, um meine Stellung hier zu sichern. Und neugierig war ich schon auch und Fortbildungen hat man schon ja auch immer genossen. [...] und dann habe ich nachgefragt und dann wurde es auch genehmigt. (Op6, 1, 54ff)

Fünf der Interviewten gaben an, dass sie zunächst anderen Kollegen den Vortritt gegeben hätten. Zwei begründeten dies mit zum damaligen Zeitpunkt hohen familiären Anforderungen, etwa durch Kindererziehung, Pflege der Großeltern und Montagetätigkeit des Ehemanns. Eine zusätzliche Belastung zur Vollzeitberufstätigkeit erschien ihnen unmöglich. Zwei andere gaben an, aus Furcht vor Überforderung zunächst vom Angebot zurückgewichen zu sein.

„Ich habe es so vor mir hergeschoben. Interesse war immer da, aber dann kam eben erst Mann, dann kam Kind dazu, also erst Familie. Und da hat man sich erst einmal um das gekümmert. Und irgendwann dann kam der Gedanke und auch von außen die Anregung. Du, jetzt wird’s mal Zeit, dass ich mal ‘ne Fachweiterbildung machen sollte.“ (An9, 1, 29ff)

Eine OP-Pflegende hatte, um an einer Fachweiterbildung teilnehmen zu können, den Arbeitgeber gewechselt. Nach ihrem Arbeitsplatzwechsel musste sie dann noch zwei Jahre warten, um einen Kurs besuchen zu können. Insgesamt lässt sich die von den Befragten wahrgenommene Wartezeit bis zur Möglichkeit des Weiterbildungsbeginns auf bis zu ca. neun Jahre beziffern. Dabei ist berücksichtigen, dass sich diese Zeitspannen durch Familienphasen und durch das eigene Aufschieben von Plänen z. T. etwas relativieren dürften; diskutabel bleiben sie dennoch.

⁴⁰ Die Abkürzung „An“ an den Quellenverweisen für die Aussagen der Fachpflegenden steht für die Befragten aus der Anästhesie und/oder Intensivpflege; die Abkürzung „Op“ für diejenigen aus dem OP-Funktionsdienst.

Der Zeitraum, in dem die Befragten in ihrem spezifischen Handlungsfeld tätig waren, bevor sie mit der Weiterbildung begonnen haben, ist dabei z. T. noch deutlich länger. Ein Interviewter sprach davon, dass ihm zum Zeitpunkt, als ihm die Möglichkeit eingeräumt wurde, eine Fachweiterbildung zu absolvieren, fast die Motivation verloren gegangen war. Er habe sich ca. acht Jahre um die Möglichkeit dazu bemüht und dabei den Eindruck gehabt, dass andere Kollegen vorgezogen worden seien. Ihm erschien es zum Weiterbildungsbeginn fraglich, ob es ihm gelingen könnte, überhaupt noch „Umzulernen“ und „eingefahrene Wege zu verlassen“.

„Weil auf den meisten Stationen und hier auch üblich ist, dass es ‘ne bestimmte Reihenfolge gibt. Diejenigen, die hier schon länger arbeiten, haben natürlich als erstes das Anrecht auf diese Weiterbildung. Und da [...] [das Krankenhaus] leider nicht in der Lage ist, seine Mitarbeiter entsprechend schnell auszubilden und es nur immer ein oder zwei [...] Pflegekräfte [...] pro Lehrgang teilnehmen dürfen, so kommt halt ‘ne Wartezeit von fünf Jahren, eh von zehn Jahren schon mal Zustande, [...]. Aber es ist einfach nur, halt für jemand der zehn Jahre schon Berufserfahrung hat zu spät.“ (An1, 1, 29ff)

Für alle Befragten war der Besuch der Fachweiterbildung mit i. d. R. einem Unterrichtstag pro Woche innerhalb von zwei Jahren verbunden. Einige der OP-Pflegenden hatten ergänzend hierzu Unterricht im Blockwochensystem absolviert. Für vierzehn Personen zählte der Unterricht als reguläre Arbeitszeit, für die anderen vier nicht. Sie besuchten ihn in ihrer Freizeit. Dabei waren zwei in einer Vollbeschäftigung tätig, die anderen beiden in einer 75%-Anstellung. Die Kosten der Weiterbildung übernahmen in allen Fällen die Krankenhäuser. Sieben Teilnehmer mussten die Kursgebühren zwar zunächst ganz oder teilweise verauslagen, erhielten sie nach dem Abschluss jedoch zurück. Dabei war die Rückerstattung in fünf Fällen mit der Klausel verbunden, mind. zwei Jahre im Hause zu verbleiben.

Mangel an Pflegethemen: Alle zehn Befragten der Fachrichtung I&A sowie sechs von acht aus dem OP-Bereich äußerten sich mehr oder weniger enttäuscht in Bezug auf die Thematisierung pflegerischer Inhalte in ihrer Weiterbildung. Die übrigen zwei nicht; sie hatten von vornherein keine solchen Inhalte erwartet. Konkrete Aspekte, was genau vermisst wurde, konnten nicht benannt werden.

„Nee, also Pflege kam eindeutig zu kurz. Da hätten wir uns mehr gewünscht.“ (An6, 10, 24)

„Also da sind ganz viele Sachen [...], die sind Facharztknow-how [...]. Also das hatte mit Pflege wenig zu tun.“ (An2, 2, 24ff)

„Das ist so einfach nicht zu sagen [was gefehlt hat]. In den Lehrbüchern für die Anästhesie und Intensivpflege steht auch nichts drin, was wir nicht schon längst wüssten und machen würden. Manches da drin würd’ ich mal frech behaupten, ist auch schon überholt. Also wir machen manches begründet anders. Dafür gebe ich ja in ‘ne Weiterbildung, dass ich neue Impulse kriege und vielleicht oder grade eigentlich auch Impulse, von denen ich nicht wusste bisher, dass die nötig sind oder Sinn machen.“ (An6, 10, 29ff)

Fragen nach der Art und Weise der Thematisierung spezifischer Inhalte, etwa zur eigenen Gesunderhaltung, konnten z. T. erst nach Umschreibung des Gemeinten beantwortet werden. Dies kann damit zusammenhängen, dass diese Themen randständig oder in wenig zugänglicher Weise bearbeitet wurden.

„[Gesundheitsförderung] Wie? Für wen jetzt? Für die Patienten oder für uns? [...] Ach für uns. Neee, eher nicht.“ (An9, 11, 35)

„Ach ja, ich kann mich erinnern, dass wir da so verschiedene Themen als Hausarbeit aufbekommen haben und uns da was aussuchen konnten und da war das Thema [Burnoutprävention] dabei. Aber mal ehrlich, ob man da letztlich draus was mitnimmt, was einen dann anders handeln lässt, würde ich [...] mal bezweifeln. Also wenn da letztlich aus der Hausarbeit ein Vortrag im Unterricht gemacht wird, da doggt doch nichts wirklich an. (lacht) [...] Das ist doch halbherzig thematisiert.“ (An5, 6, 4ff)

Ähnlich defizitär stellten sich das Erarbeiten eines Grundverständnisses für die Arbeitsweise der Pflegeforschung als Basis der Wissensgenerierung für das pflegeberufliche Handeln und der Einbezug konkreter (pflege-)wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Unterricht dar. Das Erschließen wissenschaftlicher, auch englischsprachiger Texte, fand hauptsächlich im von Ärzten gestalteten Unterricht statt.

„Also Pflegewissenschaft, eh, ging ja so mit Pflegetheorien und so was. – Meinen Sie das? [...] Ja, haben sie uns dann doch so ein bisschen auch mit gequält, würd ich fast sagen (lacht). -- Aber fragen Sie nicht, was da konkret war. Muss ich passen, es blieb mir fremd.“ (An2, 10, 5ff)

„Alles herzlich wenig. Es wurde angesprochen, auch Pflegewissenschaft so, aber mir blieb das zu trocken. Mir blieb das unsympathisch, muss ich sagen. Ich sehe jetzt noch immer nicht den Sinn, den das für die Patienten machen soll und auch nicht für uns Pflegende.“ (An10, 11, 22ff)

Tradiertes Lehr- und Lernverständnis: Eine besondere Herausforderung stellte für fast alle Befragten der Umfang und die Tiefe des dargebotenen spezifischen medizinischen Wissens dar. Dabei erschwerete, die tradierten Mustern folgende, methodische Gestaltung des Unterrichts das Verständnis zusätzlich.

„Das war jetzt nicht so, dass die willkürlich was erzählt hätten [...]. Es war eher so, dass sie dir eher Vorlesungen gehalten haben. [...] Methodisch kamen halt ganz viel Vorträge, Hausarbeiten, Referate, monoton halt so. Das was heute in der Ausbildung mehr ist, was wir von unseren Schülern so hören, das merkt man in der Weiterbildung noch nicht.“ (An6, 10, 43ff)

„Ja, also Mühe haben sie [die Ärzte] sich gegeben, hatten immer tolle Folien mit Beamer so, oft dreißig, vierzig in 'ner Stunde und kopieren konnten wir sie immer. Aber das ging oft ins eine Ohr rein und durchs andere wieder raus.“ (An7, 10, 50ff)

Als Hilfsstrategie, diese Form des Lernangebots für sich nutzbarer zu machen, beschrieben vier Befragte mit dem bewussten Suchen nach Verknüpfungen zum eigenen Erfahrungswissen und zu konkreten Patientensituationen, die sie für die Mitlernenden offenzulegen versuchten.

„Wenn nicht die Kollegen im Kurs, die da schon viele Jahre Erfahrung in der Anästhesie gehabt haben, nicht ab und zu mal gestoppt hätten, indem sie Beispiele und Stories aus ihrer Praxis zu dem Vorgetragenen erzählt hätten, wäre noch viel weniger hängen geblieben.“ (An7, 10, 53ff)

„Wenn dir in der Fachweiterbildung da vorne jemand was erklärt, hast du immer direkt Patienten im Kopf und die anderen Kollegen bringen Beispiele aus ihrer Erfahrungskiste. (An6, 3, 1f)

Praktischer Weiterbildungsteil – (kein) bewusster Lernprozess: Mit zwei Ausnahmen gaben alle Befragten an, die vorgesehenen Pflichtstunden der Fachweiterbildung absolviert zu haben.

Nur vereinzelt äußerten sie in Bezug auf die absolvierten Praktika in den verschiedenen Einsatzbereichen, dass sie dort primär als Lernende und nicht als Arbeitskraft aufgenommen worden sind. Etwa jeder zweite berichtete in diesem Zusammenhang von Situationen der Überforderung.

„Als Arbeitskraft. -- Außer im OP, also in der Anästhesie unten, da waren die Kollegen schon drauf bedacht in den ersten zwei Wochen etwa, mich anzuleiten. Aber dann, sowie da Personalmangel war, hieß es dann auch: Ach Du, Du bist doch schon so viele Jahre ITS-Schwester, Du machst das schon.“ (An8, 2, 49ff)

„Ja, das würde ich sagen, das muss ich mir eingestehen. -- Also, die haben mir ganz schön viel zugetraut. -- Zuviel zugetraut. Als Anästhesieschwester hast du immer im Hinterkopf, was alles so passieren kann. Also ich bin nicht etwa feige, aber es geht da um Patienten, die ratsatz zu Schaden kommen können, also dass Situationen umkippen können und wenn du dann nicht sicher bist, in dem was zu tun ist, einfach weil du es gar nicht wissen kannst, weil du nie vorher so eine Situation erlebt hast, ist das schon irgendwie fahrlässig und gleichzeitig willst du aber auch nicht dastehen und sagen: Nee, bleib mal hier, ich kann doch das hier nicht alleine machen.“ (An5, 3, 10ff)

Fragen nach Praxisanleitungen wurden wenig detailliert beantwortet. Von bewusst initiierten Anleitungssituationen, einschließlich deren Reflexion, konnten nur wenige Befragte berichten.

Verbesserungswünsche: Konkrete Verbesserungswünsche in Bezug auf den praktischen Teil der Weiterbildung benannten die Interviewpartner, trotz der oben aufgezeigten Beschreibungen, nicht. Zwei verwiesen mit Rücksicht auf die Kollegen ihrer „Heimatstation“ insb. darauf, dass während ihrer Praktika in anderen Bereichen nicht in ausreichendem Maße für personellen Ersatz gesorgt worden war, was für die Kollegen zu langen Phasen von erhöhtem Stress und zu Überlastungen geführt hat.

Für den schulischen Teil der Weiterbildung gab etwa die Hälfte Optimierungsmöglichkeiten an. Dazu gehört neben dem Wunsch nach mehr pflegespezifischen Inhalten, v. a. eine stärker handlungsorientierte Gestaltung des Lernprozesses.

„Na so mal Handling üben, mehr reflektieren, diskutieren, an konkreten Beispielen bewusst nach Lösungen suchen, in Gruppen arbeiten, auch immer zu fragen dabei, was denke ich, was fühle ich, warum mach ich das jetzt, so was halt [...].“ (An6, 11, 7ff)

Dabei erwähnten zwei der I&A-Pflegenden von sich aus, dass mit einer handlungsorientierten Lernweise eine persönliche Überwindung verbunden ist, die gleichsam Lernchancen bereit hält.

„Also ich bin ganz ehrlich, am Anfang hab ich Panik gehabt, dass so was kommen könnte, viele Rollenspiele, Kleingruppenarbeit, im Internet was suchen und so was. Aber heute ist mir bewusst, dass man das schon geschafft hätte, dass man dabei ganz anders gelernt hätte und hab es deshalb vermisst.“ (An7, 11, 11ff)

Mehrere Befragte äußerten zudem, dass ihnen in ihrer Weiterbildung ein Ansprechpartner zu organisatorischen Fragen gefehlt habe und häufig der Eindruck entstand, dass ihr Kurs eher nebenher gelaufen ist.

„[...] auch hat mir ein bisschen gefehlt, dass da gar kein so richtiger Ansprechpartner für uns da war und dass da jedes Mal ein anderer Arzt da vor uns stand. Vielleicht weil er grade mal so Zeit eingeräumt bekommen hat und dann zu uns geschickt wurde.“ (An5, 5, 36ff)

(Keine) Teilung der I&A-Fachweiterbildung: Die Auftrennung der Fachweiterbildung in separate Angebote für „Intensivpflege“ und für „Anästhesie“ befürwortete nur eine Befragte uneingeschränkt und begründete dies mit dem hohen Spezialisierungsgrad in den beiden Feldern. Ihr hätte ein solches Angebot genügt. Die anderen gehen zwar überwiegend davon aus, dass es aus Kostengründen mittelfristig verstärkt getrennte Kurse geben wird, befinden aber, dass es für sie „nicht schlecht [war], das andere Feld mit kennenzulernen“ (An5, 3, 37f), da es dem Gesamtverständnis für die Patientenversorgung zugute käme.

„Natürlich muss man überlegen, ob der Inhalt der Weiterbildung so angemessen ist, wie wir den erlebt haben oder ob man da was anpassen sollte, aber grundsätzlich sollte ruhig beides enthalten bleiben.“ (An6, 11, 52ff)

„Und dann ist es immer ganz gut, wenn die mal hier oben bei uns ein Praktikum gemacht haben und sehen, was sie mit ihrem Verknäulen von Drainagen anrichten und mit den unbrauchbaren Verbänden und mit den fehlenden Blasenkathetern, die dann geschoben werden müssen, wenn die Patienten schon halb wach sind und alles mitkriegen müssen und da gibt es noch mehr Beispiele. Das ist heilsam für sie [die Fachweiterbildungsteilnehmer] und kommt dem Patienten zugute.“ (An7, 8, 24ff)

Fachweiterbildung als persönlich bedeutsamer Entwicklungsschritt: Die Aufgaben haben sich mit dem FWB-Abschluss für die Absolventen prinzipiell nicht geändert. Nur für drei Teilnehmer kam mit ihrem Abschluss hinzu, dass sie nun auch als Mentor für Auszubildende fungieren und eine weitere zur stellvertretenden OP-Leitung ernannt wurde. Trotz unveränderter Aufgaben ziehen die Befragten Gewinn aus der Weiterbildung. Ihrer Einschätzung nach sei Wissen aufgefrischt und erweitert worden und sie würden nun mit einer anderen Aufmerksamkeit agieren.

„Nein, das Einsatzfeld ist dasselbe wie vorher, aber von der Arbeit her, von der Arbeitsweise her habe ich mir doch schon vieles angeeignet und übernommen, [...]“ (Op6, 2, 24f)

„[...] auch so ein bisschen frischer Wind. [...] Also so ein Mittel für, nee gegen Betriebsblindheit ist das [...]. Du hast halt das Gefühl [...], dass die jetzt mehr Fragen stellen und auf Sachen kommen, wo die früher nie drauf geachtet hätten.“ (An8, 6, 9ff)

„Also wir haben dann überlegt, ob es einfach die Jahre mit sich bringen, also weil wir älter werden, dass wir jetzt anders handeln. -- Aber wir sind dann doch zu dem Schluss gekommen, weil andere Kollegen ja auch älter geworden sind und sich manche Frage aber trotzdem jetzt so nicht stellen, dass es schon was mit der Fachweiterbildung zu tun hat, dass die doch das Denken und Handeln verändert und dem Patienten zu Gute kommt.“ (An7, 8, 1ff)

Sie verwiesen darauf, dass nun Hintergründe und die Einsicht für die Zusammenhänge, insbesondere auch ärztlichen Handelns, klarer und die Handlungssicherheit höher seien.

„Das gibt dir 'ne andere Sicherheit. Kombiniere, kombiniere und dann passt das zu meinem Patienten oder auch nicht. Also dieses Nichtpassen ist dann aber auch nicht schlimm, die Sicherheit ist jetzt einfach da, begründet abzweichen vom Schema F, sag ich mal.“ (An6, 3, 4ff)

Die Weiterbildung wurde, neben dem Aspekt des beruflichen Handelns, auch als bedeutsam für die persönliche Entwicklung beschrieben.

„Sie bringt aber auch was für dich selber als Person. Also für mich war das eine wichtige Zeit. Ich muss schon sagen, dass ich irgendwann müde war, stumpf und mich gefragt habe, will ich das hier so weiter machen die nächsten zehn oder zwanzig Jahre. [...] Bei uns ist nie langweilig. Eigentlich bist du jeden Tag gefordert, kannst eigentlich nicht abschalten, musst aufmerksam zu sein und mitzudenken. Aber irgendwann reizt es dich doch nicht mehr so. Dafür hab ich mich fast geschämt, weil ich dann Sorge hatte, ob meine Patienten das merken und ich sie bewusst oder unbewusst nicht richtig, also bestmöglich versorge. Ich brauchte 'ne neue Herausforderung, 'ne neue Anregung, [...]. Von daher war ich dankbar, dass ich die Möglichkeit bekommen habe [...] und hab es auch nicht bereut.“ (An7, 3, 13ff)

Gleichzeitig wurde auch mehrfach angemerkt, dass die Absolvierung einer Fachweiterbildung mitunter von sekundären Interessenlagen überwogen wird und dann ihre Wirkung verfehlt.

„[...] Kollegen, an denen ist die Fachweiterbildung abgeperlt. Die hat da nichts bewirkt. Die könnte man schütteln und trotzdem käme da kein mehr als durchschnittlicher Gedanke raus. Die machen ihren Job und gut ist und den Kurs haben sie halt gemacht, weil sie an der Reihe waren und weil man anschließend anders eingruppiert wird und gut.“ (An6, 8, 12ff)

Drei Befragte verwiesen darauf, dass für sie mit dem Fachweiterbildungsabschluss prinzipiell ein Karriereende erreicht ist, was sie nicht zufrieden stellt (s. auch 4.4.5).

„N a j a, - wie soll ich das sagen. Es füllt mich aus für den Moment [der Fachweiterbildungsabschluss], aber ich denk mir: Was kommt jetzt? Jetzt hab ich einen gewissen Endpunkt erreicht. Was soll jetzt kommen? Jetzt bin ich ‘ne Fachschwester, mache genau das Gleiche wie vor der Ausbildung, also vor der Weiterbildung. Ich frag mich, kann es das jetzt gewesen sein? – Weil Karriere in dem Sinne geht ja nicht weiter. Wo ist die nächste Herausforderung? Kommt jetzt keine mehr?“ (An7, 3, 49ff)

5.4.3 Pflege ist das nicht – aber: Eine Pflegende macht das anders als eine OTA oder ATA⁴¹

Ob es sich bei ihrer Arbeit im Anästhesie- und im OP-Funktionsdienst um eine originäre Pflegetätigkeit handelt, wird von den Fachpflegenden ähnlich vage umschrieben, wie von den angehenden ATA und OTA (s. 4.1.2). Niemand äußerte hierzu ein eindeutiges Ja, aber auch kein Nein, das nicht relativierend kommentiert wurde. Dabei schätzten die Befragten beider Fachrichtungen ein, dass es „[...] in der Anästhesie noch eher pflegerischer zugeht als [im OP]“ (Op8, 6, 4).

„Also ‘ne Pflegetätigkeit würde ich so in dem Sinne nicht, auch nicht sagen.“ (An2, 6, 35)

„Das ist ganz klar, wir bringen denen die Ente oder so. Das machen wir alles, aber ich würde eher sagen, dass wir mehr ärztliche Tätigkeiten [...] verrichten. [...] also zumindest das Ausführen, was die Ärzte uns sagen, als dass wir pflegen. [...], weniger Pflege würde ich sagen, eher mehr Assistenz der Ärzte.“ (An3, 2, 23ff)

„Also Pflegen in dem Sinn tu ich halt nicht, aber ich fühl mich und handle schon trotzdem doch als ‘ne Krankenschwester. Und das ist auch wichtig so.“ (An4, 3, 12f)

Prinzipiell sind nach Einschätzung der Interviewpartner die Aufgaben von (Fach-)Pflegenden und von ATA bzw. OTA die gleichen. Unterschiede im Einsatz von Personen mit den verschiedenen Qualifikationen ergeben sich zumeist daraus, dass bei komplexen Eingriffen i. d. R. versierte, langjährige Mitarbeiter bevorzugt eingesetzt werden und dass bestimmte Ärzte die Zusammenarbeit mit einzelnen Kollegen des Funktionsdienstes verweigern würden, was aber ATA und OTA genauso betreffen würde wie Pflegen-de (An7, An8, Op7).

Trotz faktisch gleicher Aufgaben, sahen oder vermuteten alle zehn I&A- und sechs der acht OP-Pflegenden jedoch Unterschiede im WIE des Handelns von Pflegenden und von ATA bzw. OTA.

„Die [ATA] machen ja auch genauso, halt auf ihre Weise, ihre Arbeit, machen ihre Bereitschaftsdienste und müssen einsetzbar sein und arbeiten. Und die machen genauso dasselbe [...] wie die Anästhesieschwestern.“ (An5, 4, 10ff)

„Eine Pflegende, würd ich schwören, ohne dass ich es beweisen kann, macht das anders als eine OTA oder ATA.“ (An7, 7, 34f)

Die Begründungen hierfür bezogen sich insb. auf die bei ATA und OTA noch nicht vorhandene Berufserfahrung. Für etwa zwei Drittel der Befragten spielten aber auch die unterschiedlichen Charaktere der Personen eine Rolle, die sich für den einen oder den anderen Ausbildungsweg, d. h. für einen Pflege- oder einen eher technisch orientierten Beruf entscheiden. Der vermeintlich andere „Typ, der da sowas lernt wie OTA oder ATA auch [...]“ (Op7), hat ihrer Ansicht nach Auswirkungen auf den individuellen fürsorglichen Umgang mit den Patienten, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, etwa in Bezug auf die gegen-

⁴¹ sinngemäße Aussage aus Transkript An7, Seite 7, Zeile 34f.

seitige Unterstützung bei zeitlichen Engpässen, die Art und Weise der Übergabe des Patienten aus dem Aufwachraum an die nachversorgende Station und das damit verbundene Befinden der Patienten.

„Und wenn eine Krankenschwester, die schon Erfahrungen in anderen Abteilungen hat, dann im OP arbeitet, die macht das in den meisten Fällen anders. Die denkt vorausschauender, die ist umsichtiger. Da kriegst du den Patienten anders übergeben. Da hast du weniger Arbeit dann und musst an dem Patienten nicht so viel herum zotteln.“ (An10, 8, 27ff)

„Also letztlich hängt es wesentlich [...] von den Typen, von den Persönlichkeiten ab, die da handeln. [...] wenn da jemand einfach nur in seinem Gesichtsfeld und da sogar noch mit Scheuklappen arbeitet.“ (An7, 8, 18)

Mehrfach wurde diesbezüglich auf die besondere Rolle der Pflegenden und die Situation der Patienten im Aufwachraum verwiesen. Hier könnten ATA die Pflegenden nicht gänzlich ersetzen. Begründet wurde diese Einschätzung mit den komplexen Aufgaben, die dort zu erbringen sind, für die es Pflegeverständnis braucht. Pflegeverständnis wird dabei erläutert mit den Begriffen Erfahrung, Umsicht und Gespür für den Patienten als einem Gefühl dafür, was er jetzt braucht, ohne dass man es technisch messen könne (An2). Ähnlich sehen das auch die im Intensivpflegebereich Tätigen (An5, An6, An7).

„[...] zumindest in der Intensivpflege sind solche ATAs ja keine wirkliche Alternative. Da braucht es Fachschwestern mit im Team. Alles andere wäre gefährlich für die Patienten.“ (An5, 4, 1ff)

Überwiegend kommen die Befragten zu dem Fazit, dass eine Fachpflegeausbildung trotz des langen und für die Arbeitgeber teureren Weges, der grundständigen Ausbildung überlegen ist.

„[...] [Im Weiterbildungskurs] haben wir darüber gesprochen, ob es möglicherweise so ist, dass Pflegende zu, in Anführungsstrichen, zu schade sind für das Anreichen im OP oder das Herumsitzen in der Anästhesie und man sie nicht besser auf Station braucht, wo die Patienten wach sind und dass man mit OTA und ATA, [...] andere Bewerber anspricht für einen Gesundheitsberuf, also welche, die technisch interessanter sind und vielleicht gar nicht so richtig gut sind im direkten Patientenkontakt. Das kann schon sein, aber eben nur ein bisschen [...].“ (An7, 9, 19ff)

In diesem Zusammenhang halten es einige Befragte auch für denkbar, dass mit dem Sammeln von Berufserfahrung von ATA und OTA – im positiven, wie negativen Sinne – keine Unterschiede im Handeln der beiden Personengruppen mehr erkennbar sein könnten. Hier müsste zunächst abgewartet werden, „[...] wie sich die jungen Kollegen auch so entwickeln in den kommenden Jahren“ (An10, 7, 18ff).

„Ich glaube, dass man nach zehn Jahren im Beruf, vielleicht schon nach fünf oder sieben, eine Schwester, also eine Pflegende, die anreicht, und eine OTA nicht mehr unterscheiden kann, wenn man sie beobachtet beim Reden, beim Vorbereiten, beim Handeln, beim Umgang mit dem Patienten und wie sie sich halt so gibt, wenn sie so in Aktion ist.“ (An6, 7, 49ff)

Danach gefragt, ob Außenstehende erkennen könnten, ob Pflegende eine Fachweiterbildung besucht haben oder nicht, wollte dies niemand uneingeschränkt bestätigen.

„Ich kann mit Fachweiterbildung genauso gut oder schlecht sein wie jemand ohne [...]. Das ist hauptsächlich eine Frage, wie habe ich gelernt, wie bin ich angelernt worden und wie sind meine persönlichen Ansprüche an die Arbeit, die ich tue. Und wenn ich einen hohen Anspruch an mich selber habe und den versuche umzusetzen und das Glück hatte, auch gut angelernt worden zu sein, dann kann ich genauso gut arbeiten wie jemand mit der Fachweiterbildung. -- Und für das Negativbeispiel gilt das Gleiche.“ (O5, 8, 36ff)

5.4.4 ATA & OTA – (Keine) Konkurrenz zu den Pflegeberufsprofilen

„Also fair, ne, hab ich gedacht, fair ist das nicht; nicht fair für uns als Krankenschwestern und nicht fair auch nicht für die jungen Leute, die sowas natürlich erst mal toll finden.“ (An5, 6, 23ff)

Alle zehn I&A-Pflegenden hatten vor dem Befragungszeitpunkt von den beiden Ausbildungskonzepten ATA und OTA gehört. Innerhalb ihres Arbeitsumfeldes standen sieben in Kontakt mit OTA-, vier davon auch mit ATA-Absolventen und/oder -Auszubildenden. Die Frage danach, was sie gedacht haben, als sie erstmals von den neuen Ausbildungskonzepten erfahren haben, beantworteten einige mit deutlicher Sorge um ihren Arbeitsplatz. Mehrfach wurden im Zusammenhang mit der Erprobung, v. a. des ATA-Konzepts, Gefühle der persönlichen Zurücksetzung als qualifizierte, erfahrene Pflegende geäußert.

„[...] wie soll ich das sagen? Mmh, ich fühlte mich irgendwie traurig. Ich fühlte mich getroffen. [...]. Ich habe gedacht: Toll, was gibst du dir hier Mühe? Wofür setzt du dich hierher und versuchst mit deinen Kollegen jeden Tag auf's Neue, dein Bestes zu geben, wenn die da im Management [...], dass die scheinbar nicht erkennen, was da [...] dazu gehört zu dem Job, zu dem Beruf mit Menschen in der Anästhesie zu arbeiten. Dass man also der Meinung ist, dass da mal so 'ne Schnellbesöhlung von jungen Menschen möglich ist und dass die das dann schon machen werden.“ (An6, 6, 44ff)

Eine Befragte äußerte, dass sie ebenfalls ein dumpfes Gefühl empfand, als sie erstmals von der ATA-Ausbildung gehört hat, bezog es aber weniger auf sich persönlich oder ihre Kollegen, da sie der Ansicht ist, dass man Fachpflegende rein mengenmäßig gar nicht durch ATA oder „[...] wen auch immer verdrängen [kann]“ (An7, 7, 53). Sie bezog ihr Unbehagen eher auf die Art und Weise, wie die jungen Leute im Rahmen des ihr bekannten Modellprojekts für die Ausbildung gewonnen wurden.

„Also ich habe halt [...] gehört, dass da durchaus auch ganz junge dabei sind, also Schulabgänger, die das lernen. [...] da wurde gesagt, dass sie sich eigentlich für was anderes beworben haben und da keine Stelle zum Beispiel als Hebammen oder Krankenpfleger bekommen haben und dass man sie da gefragt hat, ob sie nicht ATA werden wollen. Ich habe nun auch zwei Kinder in dem Alter und ich weiß nicht, was ich als Mutter gesagt hätte dazu. [...] Auf der einen Seite ist das hier in der Gegend mit Lehrstellen nicht gerade rosig, aber eine Lehrstelle in einem Beruf, der ja eigentlich noch gar keiner ist?“ (An7, 7, 2ff)

Angesprochen wurde auch, dass bei der Konzeption und Umsetzung der Ausbildung aus Sicht der Befragten auch Fehler gemacht worden sind, aus denen man hat lernen müssen. Diese beträfen etwa die Definition der relevanten Lerninhalte und den Austausch sowie die Abstimmung der Lerninhalte zwischen Schule und Praxis, die Auswahl geeigneter Schüler, die überzogenen Erwartungen an die Lernenden, die kaum mit Pflegenden vergleichbar seien, die neu in die OP-Abteilung kämen und folglich eine intensive Begleitung benötigten sowie die als lückenhaft empfundene Information der Mitarbeiter über diesen neuen Ausbildungsgang (vgl. z. B. An1, 4, 44ff & A4, 1, 16ff).

Auch das enge Einsatzspektrum der neuen Berufsmodelle und die unklaren Weiterentwicklungsmöglichkeiten wurden kritisch erwähnt.

„[...] und was ist, wenn den OTAs und ATAs und wer weiß, was man noch alles erfindet, mit der Zeit langweilig wird? Wenn man solche Berufe konstruiert, muss man auch genau überlegen, welche Weiterentwicklungsoptionen man für sie bereit hält.“ (An7, 9, 19ff)

„Dabei ist schon klar, dass vielleicht was vom Pflegeberuf als solchen abgespalten werden kann, [...], aber es kann nicht gut sein, so Splitterberufe zu haben, wo die Leute nicht über den Tellerrand gucken lernen.“ (An9, 10, 11ff)

Trotz alledem glaubt nur ein Fachpfleger, dass die Ausbildung von ATA und OTA eine vorübergehende Erscheinung bleibt. Eine weitere Befragte zeigte sich unentschieden und die anderen sechzehn räumten den neuen Ausbildungen, ggf. mit Anpassungen und Nachkorrekturen, Etablierungschancen ein. Viele gehen dabei davon aus, dass es längerfristig keine Fachpflegequalifizierung mehr geben wird. In diesem Zusammenhang hinterfragen sie ihren eigenen Werdegang und ihre berufliche Position.

5.4.5 Derzeitige Arbeitsbedingungen bremsen Zukunftspläne

Arbeitsbedingungen: In Bezug auf die von ihnen erlebten Arbeitsbedingungen angesprochen, wurde von fast allen die knappe Personalsituation sowie mehrfach auch Sorgen um den eigenen Arbeitsplatz und um das Fortbestehen ihres Krankenhauses überhaupt angesprochen. Angesichts dieser Situation stehen persönliche Wünsche und Zukunftspläne hinten an.

„Also die Personalsituation wird ja immer noch schlechter. Ich weiß, das redet man seit Jahren, aber es fühlt sich immer weiter noch schlechter an.“ (An9, 7, 46ff)

„Ich bin nicht faul oder bequem oder so oder lebe so in den Tag rein, aber so richtig sich was Vornehmen für die Zukunft tu ich im Moment nicht, weil dafür fehlt ein gewisser Aspekt der Sicherheit für die Zukunft [...] Es würde schon reichen, wenn ich weiß, ich habe doch irgendwo jeden Monat einen gewissen Obulus in der Tasche, mit dem ich relativ normal für mich leben kann. Das würde schon erst mal reichen. Das aber sehe ich grad hier bei uns in unserem Haus nicht. Ist alles so wackelig.“ (O2, 10, 41ff)

„Ich bin schon froh, wenn der Arbeitsplatz erhalten bleibt, [...] [das Krankenhaus] weiter besteht und unsere Patientenversorgung weiter gut klappt und keiner zu Schaden kommt. Der Laden muss halt laufen. Das ist wichtig.“ (An5, 8, 3ff)

Mehrere Befragte äußerten sich bezüglich der Arbeitsbedingungen auch dahingehend, dass sie ihren Arbeitsort als anonym und unpersönlich empfinden. Sie führen das auf die Größe und Organisationsform des zentralen OP-Trakts ihres Krankenhauses zurück und auf die geringe Wertschätzung, die ihnen entgegengebracht wird. Das erleben sie auf Dauer als unbefriedigend.

„Und ein anderer wichtiger Aspekt ist für mich, dass man öfter mal sein Personal motiviert, dahingehend, dass man es einfach auch mal wieder lobt. [...] Man setzt alles voraus, es wird immer alles gemacht, [...] egal mit viel oder mit wenig Personal. Die Arbeit wird gemacht. -- Aber die Anerkennung, die einem dafür gezollt wird, [...] die könnte doch hin und wieder mal vorhanden sein.“ (O2, 10, 38ff)

Auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit angesprochen, äußerten sich die Befragten aus den kleineren Krankenhäusern zufriedener und beschrieben häufiger ein „Hand-in-Hand-Arbeiten“, als jene aus den größeren Institutionen. Dies betrifft sowohl die Kooperation zwischen den Funktionsbereichen, als auch mit dem ärztlichen Personal.

„Dort waren es [...] getrennte Teams, also die Anästhesie für sich und die OP-Pfleger für sich [...]. Und da konntest du dich nicht drauf verlassen, dass dir die hinter dem Tuch, also die Anästheseschwester mal was abnahm, wenn es eng wurde. Wenn du Glück hattest stand sie einfach rum und du bist rotiert und umgedreht aber konnte das auch vorkommen. Hier bei uns ginge das gar nicht, so Revier aufzuteilen. Das muss hier im kleinen Team Hand in Hand gehen [...].“ (O8, 9, 48ff)

Zukunftspläne(?): In Verbindung mit Fragen zu den Zukunftsplänen, wurden – v. a. von den OP- und den im Intensivbereich tätigen I&A-Pflegenden – die vielfach hohen körperlichen Arbeitsbelastungen angesprochen, die einen dauerhaften Verbleib in diesen Einsatzfeldern fraglich machen.

„Der Rücken, das Heben, das viele Laufen. Das ist nicht ohne und das merkt man schon jetzt mit Mitte Dreißig, dass du länger brauchst, um nach der Arbeit wieder fit zu sein oder dass du im Frei eigentlich wirklich mehr dazu brauchst, um wieder einsatzfähig zu sein, du also da gar nicht richtig was unternehmen kannst, weil du geschlaucht bist. (An5, 6, 23ff)

„[...], die Belastung und das Kaputtsein [hat] damit nichts zu tun, dass die meisten Pflegenden halt Frauen sind. Als Mann haut dich das auch um. Pflege, Krankenpflege, ist zwar ein Frauenberuf, sagt man doch immer, und die meisten sind ja auch Frauen hier, aber eigentlich musst du für den Job, für diese Arbeit mehr als ein ganzer Kerl sein, wenn du die Belastung auf Dauer schaffen willst.“ (An6, 6, 10ff)

Dass sie ihre derzeitige Tätigkeit bis zum Renteneintrittsalter durchhalten können, nehmen vier der fünf in der Anästhesie Tätigen an. Von den anderen Befragten aus der Intensivpflege, Notaufnahme und Springertätigkeit zwischen Anästhesie und Intensivpflege sowie aus dem OP-Dienst, glaubt das keiner.

Auf die Frage, was sie sich zukünftig ggf. für eine Tätigkeit innerhalb des Krankenhauses vorstellen könnten, wenn sie den Belastungen in ihrem jetzigen Feld nicht mehr gewachsen sein sollten, wurde mehrfach angegeben, dass dann der Anästhesie-Funktionsdienst denkbar erscheint. Auch hoffen einige Befragte auf eine bewusster gestaltete Personalentwicklung für ältere Mitarbeiter innerhalb der Krankenhäuser.

„Bis zur Rente? [...] Ich glaube, das schafft man noch am ehesten in der Anästhesie.“ (An8, 6, 14f)

„[...], also ich kann mir schon vorstellen, in ein paar Jahren zu sagen: Ok, das schaffe ich hier nicht mehr, geh ich eben in die Anästhesie, wenn man da jemanden braucht. Also das ist da schon ein ruhigeres Arbeiten. Klar hast du da auch Stressphasen, aber das ist lange nicht so wie bei uns hier [in der Intensivpflege].“ (An5, 6, 45ff)

„Wir [...] dürfen eigentlich gar nicht so richtig draüber nachdenken, wie das werden soll mit 50 oder 55 in dem Job hier auf ITS. Und da wäre schon zu überlegen, ob man die erfahrenen, guten Pflegekräfte kaputt macht körperlich und aussortiert und dann halt, also in Invalidenrente schickt oder ob man sagt: Stopp mal, so viele gute Leute haben wir nicht und so viele Junge kommen nicht nach, wir überlegen uns als Haus, als Klinik, mal sehr genau, welche Angebote wir für unsere älteren Mitarbeiter haben.“ (An9, 5, 45f)

Die meisten der im Anästhesie- und im OP-FD Tätigen schließt für sich aus, aus eigenem Antrieb auf eine Station oder in einen anderen Bereich zu wechseln. Nur eine OP-Pflegende kann sich das gut vorstellen.

„Eigentlich bin ich ja deswegen Krankenschwester geworden, weil ich mit Menschen arbeiten wollte. Nun bin ich halt fast die ganze Zeit meines Berufslebens im OP gewesen, was auch nicht schlecht war für mich und für meine Familie, um das alles unter einen Hut zu kriegen. -- Aber ehrlich, ich würd schon gerne auch manchmal gerne mehr mit Menschen zu tun haben. Ich bin jetzt nicht mehr ganz jung, hab Erfahrungen gesammelt und so was wie eine innere Ruhe entwickelt und da kann ich mir schon vorstellen, vielleicht nicht grad auf Station, weil ich mich da glaube ich, schwer einfinden könnte, aber vielleicht in einem ambulanten Dienst oder in einem Hospiz oder auch im Pflegeheim zu arbeiten.“ (O1, 7, 29ff)

5.4.6 Aufgaben(neu)verteilung – unter bestimmten Bedingungen vorstellbar

Acht der zehn I&A- und sechs der acht OP-Pflegenden zeigen sich aufgeschlossen hinsichtlich der Übernahme bisher Ärzten zugeordneter Aufgaben.

„[...], dass ich mir das schon vorstellen könnte, die Verantwortung ganz offiziell für das zu übernehmen, was wir in weiten Teilen auch jetzt schon tun.“ (An6, 4, 48f)

„Und wenn man immer sagt, das ist Arztanfrage und das Pflegeanfrage, das ist doch in der Realität eh nicht so. Gut, es gibt gewisse Grenzen, wo ich weiß, jetzt hole ich mir ‘nen Arzt. Der wird dann das und das anordnen, was ich zu dem Zeitpunkt eh schon meist vorbereitet habe, weil ich weiß, was jetzt kommt.“ (An7, 4, 37ff)

Konkret zum Konzept der Parallelnarkose befragt, sind die Meinungen verhaltener. Für einzelne Fachbereiche, wie die Augenheilkunde, und für kleine, kurzdauernde Eingriffe erscheint dies aus Sicht der Befragten denkbar. Dabei verweisen sie darauf, dass dafür nicht jeder Kollege geeignet erscheint.

„Ich traue das einzigen Pflegenden [...] zu. [...] Da hätte ich keine Bedenken, mich als Patient hinzulegen und die das machen zu lassen. [...] aber [...], dass da welche dabei sind, die würd’ ich nicht unbedingt am Patienten arbeiten lassen. Die lassen mir zu viel grade sein. Die nehmen es nicht übermäßig genau und grade auch die Jüngeren, die trauen sich Sachen zu, das gefährlich wird alleine schon beim Nachdenken. Einfach weil sie zu wenige brenzlige Situationen erlebt haben, wissen sie nicht, was alles passieren kann. Und weil sie das nicht wissen, werden sie leichtsinnig.“ (An7, 9, 46ff)

Auch wird auf die Notwendigkeit der Entlastung von anderen Tätigkeiten und auf ein entsprechendes vertieftes Wissen für solche Aufgaben verwiesen. Ihre Qualifizierung halten die Befragten mit einer Ausnahme nicht für ausreichend.

„Dann müsste man aber natürlich auch überlegen, wie man diese Personen dann von ihrer eigentlichen Pflegearbeit entlastet. Wenn man neue Aufgaben dazu bekommt, kann man nicht mehr die bisherigen auch noch machen. Wir sitzen ja nicht in der Ecke rum und warten, dass mal jemand sagt, das und das kannst du tun. Wir arbeiten hier und bestimmt fast überall im Krankenhaus am Limit.“ (An7, 6, 3ff)

„Also jedem dürfte man solche Aufgaben nicht übertragen, nur Ausgesuchten und nur mit entsprechender Ausbildung, Weiterbildung oder eben auch mit einem Stückchen Studium.“ (An9, 10, 1f)

Nach der Bereitschaft gefragt, sich für die Erweiterung des eigenen Kompetenzbereichs noch einmal weiterzubilden oder ein Studium zu absolvieren, lehnen nur vier Befragte ab, und zwar zweimal mit dem Verweis auf ihr Alter und zweimal mit dem Hinweis, dass ihr Aufgabenfeld Herausforderung genug bedeuten würde. Die anderen vierzehn würden dies zur Sicherung ihres Arbeitsplatzes und/oder erneut mit der inneren Motivation tun, sich weiterentwickeln zu wollen.

Für ein Studium hinderlich erscheint den Befragten z. T. ihr fehlendes Abitur. Nur sechs verfügen darüber. Einige haben von Studienmöglichkeiten – jedoch mit anderen Schwerpunkten – gehört, die auch ohne formal erworbene Hochschulreife belegt werden können. Das begrüßen sie, problematisieren aber wiederum die meist große Entfernung zum Studienort und die schwere Vereinbarkeit eines Studiums mit ihrer (Vollzeit-)Berufstätigkeit. Diese sind sie eher nicht bereit, zu reduzieren.

Zu erwähnen ist hier auch, dass einige die Relevanz kompetenter Fachpflegepersonen für die sichere Patientenversorgung, insb. durch junge ärztliche Kollegen ansprachen. Ihrer Ansicht nach muss, neben dem Nachdenken über eine Aufgabenumverteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, auch für die Verbesserung der (Facharzt-)Ausbildung gesorgt werden. Zudem wird mit dem Verweis auf das Ziel der Kostensenkung bei all diesen Entwicklungen angemerkt, dass nicht ganz verständlich sei, warum für die ähnliche Aufgabe ein nichtärztlicher Kollege weniger Gehalt bekommen soll als ein Arzt.

5.4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der Teiluntersuchung 4

Die meisten Befragten wechselten innerhalb der ersten drei Jahre nach ihrer Pflegeausbildung in eines der hier thematisierten spezifischen Fachgebiete. Die meisten von ihnen waren dabei vor Beginn ihrer Fachweiterbildung bereits mehrere Jahre im jeweiligen Fachgebiet tätig (s. 5.4.1). Die FWB wird mehrheitlich als bedeutsame Entwicklungsmöglichkeit für die eigene Persönlichkeit beschrieben. Spezifisch pflegerische Inhalte wurden in der FWB weitgehend vermisst und die methodische Gestaltung des Lernens in Theorie und Praxis folgte überwiegend tradierten Mustern (s. 5.4.2).

Die Befragten sehen Unterschiede im Handeln von Pflegenden und ATA bzw. OTA. Daraus leiten sie mögliche Beeinträchtigungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Qualität der Patientenversorgung ab (s. 5.4.3). Ihre Tätigkeit definieren sie nicht als originäres Pflegehandeln, sondern als eine Tätigkeit mit ausgeprägt medizinisch-technischer und arztassistierender Komponente. Gleichzeitig erscheinen ihnen erfahrene Pflegepersonen für diese Aufgaben besonders geeignet (s. 5.4.4).

Der ATA- und OTA-Ausbildung schreiben sie, v. a. aus Kostengründen, überwiegend Etablierungschancen zu. Einige sehen durch diese Ausbildungen ihren Arbeitsplatz gefährdet und/oder die Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegende beschränkt. Die engen Zuschnitte der neuen Berufe schätzen sie als problematisch ein. Diese würden das Verständnis für Zusammenhänge in der Patientenversorgung sowie die möglichen Arbeitsorte und damit die Entwicklungsperspektiven der Absolventen einschränken (s. 5.4.4). Die Mehrheit der Befragten zeigt sich aufgeschlossen bzgl. der Übernahme sog. ärztlicher Aufgaben. Sie zweifeln dabei aber eine generelle Eignung nichtärztlichen Personals für diese Aufgaben an, verweisen auf die Notwendigkeit entsprechender Qualifikationsmaßnahmen und auf die Entlastung von anderen Aufgaben (s. 5.4.6). Während der OP-Dienst und die Intensivpflege als Arbeitsorte beschrieben werden, an denen vielen die Möglichkeit einer Tätigkeit bis zum Renteneintrittsalter unwahrscheinlich erscheint, wird die Anästhesie als geeigneter Arbeitsort auch für ältere Mitarbeiter gesehen (s. 5.4.5).

6 Diskussion

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Die aufgezeigten Ergebnisse der vier Teiluntersuchungen (TU) (s. Kap. 5.1-5.4) werden im Folgenden unter Vergegenwärtigung des jeweils vorhandenen Vorwissens (s. Kap. 2) zur Beantwortung der eingangs gestellten Forschungsfragen (s. Kap. 3) perspektivenverschränkend zusammengeführt (s. Kap. 6.1-6.3). Darauf basierend kann dann die Hauptfragestellung zum Erreichen des Forschungsziels beantwortet werden (s. 6.1.4).

Der Beitrag der einzelnen Teiluntersuchungen ist dabei unterschiedlich (s. Tab. 6). Überwiegend tragen die Ergebnisse der einzelnen TU unmittelbar zur Beantwortung der jeweiligen Frage bei. Das ist dann möglich, wenn das Thematisieren der Frage inhaltlich direkt zur Untersuchungsteilnehmergruppe passte (s. Antwortkategorie „A“ in Tab. 6). Partiell liefern die TU-Ergebnisse auch nur indirekte Beiträge zur Beantwortung der Fragen. Das ist dann so, wenn der jeweiligen Forschungsfrage in der TU zwar nicht

gezielt nachgegangen wurde, sich aus den gegebenen Antworten der Teilnehmer aber indirekt Ableitungen ziehen lassen (s. Antwortkategorie „B“ in Tab. 6).

Zu einer der sieben Fragen können nur die ATA- und OTA-Absolventen Aussagen treffen. Deshalb sind hier keine Beiträge aus den Teiluntersuchungen 3 und 4 zu ihrer perspektivenverschränkenden Beantwortung heranziehbar (s. Antwortkategorie „C“ in Tab. 6).

Tab. 6: Beitrag der Teiluntersuchungen zur Beantwortung der Forschungsfragen

Forschungsfragen:	Teiluntersuchungen:			
	1) Absolventenbefragung am Ausbildungsende	2) Absolventenbefragung nach Berufseinnahmung	3) Pflegedienstdirektorenbefragung	4) Fachpflegendenbefragung
Frage zur Qualifizierung für den Anästhesie-Funktionsdienst:				
1. Wie verläuft derzeit die Qualifizierung von Pflegenden mit einem Fachweiterbildungsschluss „Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“ und von „Anästhesie-technischen Assistenten (ATA)“ für den Anästhesie-Funktionsdienst?	A ¹	B ²	B	A
Fragen zum jungen Berufsbild Anästhesietechnische Assistenz (ATA):				
2. Wie fügt sich das Konzept des ATA-Berufs in das Feld der Gesundheitsfachberufe (im Krankenhaus) ein? Stoßen die ATA-Absolventen auf Akzeptanz? Ergänzt oder ersetzt die neue Ausbildung die pflegerische Fachweiterbildung?	A	A	A	A
3. Führt die ATA-Ausbildung zu einer vergleichbaren beruflichen Handlungskompetenz wie die etablierte pflegerische Fachweiterbildung I&A?	A	A	A	A
4. Welche Qualifikationsprofile für das Handlungsfeld Anästhesie sind zukünftig anzustreben? Besteht dahingehend Modifikationsbedarf für die Fachweiterbildung I&A und/oder für die ATA-Ausbildung?	B	B	A	A
Fragen bzgl. des Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung von ATA und OTA:				
5. Wie bewerten die Absolventen des Pilotprojekts zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA rückblickend ihre Ausbildung?	A	A	C ³	C
6. Welche Hinweise können für die Weiterentwicklung der ATA- (und OTA-) Ausbildung sowie für nachfolgende Modellprojekte gegeben werden?	A	B	B	B

¹ A = direkter Beitrag der Teiluntersuchung zur Beantwortung der Fragestellung (→ durch eindeutiges Thematisieren in der jeweiligen TU)

² B = indirekter Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung (→ durch Ableitungen aus gegebenen Antworten)

³ C = kein Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung

Wenngleich die Forschungsfragen auf die Qualifizierungswege und -profile für den Anästhesie-Funktionsdienst gerichtet sind, werden im Folgenden, dort wo dies aufgrund auffallender Parallelen oder Unterschiede relevant erscheint, auch Ergebnisse zu den Qualifizierungen für den OP-Dienst benannt.

6.1.1 I&A-Fachpflege und ATA-Ausbildung – zwei Wege mit dem gleichen Ziel(?)

In diesem ersten Abschnitt erfolgt zur Beantwortung der ersten Fragestellung die zusammenfassende Beschreibung der Qualifizierungswege der im Anästhesie-Funktionsdienst tätigen I&A-Fachpflegenden sowie der ATA-Absolventen.

Qualifizierung von (Fach-)Pflegenden – Lernen beim Arbeiten: Bislang sind in Deutschland v. a. Gesundheits- und Kinder-/Krankenpfleger/-innen im Anästhesie-FD beschäftigt (s. 2.2). In etwa 55% der in dieser Arbeit befragten Krankenhäuser verfügen dabei mehr als die Hälfte dieser Mitarbeiter über einen dafür fachlich-vertiefenden formalen Weiterbildungsabschluss, in etwas mehr als einem Drittel der Krankenhäuser liegt ihr Anteil zwischen einem Viertel und der Hälfte und in ca. jedem zehnten aber auch bei nur unter einem Viertel (s. 5.3.2). Insgesamt betrachtet, erwirbt damit ein bedeutender Anteil der Pflegenden des Anästhesie-Funktionsdienstes sein Können informell im laufenden Arbeitsprozess (s. 2.2). Fast alle befragten Fachpflegenden wechselten innerhalb der ersten drei Jahre nach ihrer Pflegeausbildung in die hier thematisierten spezifischen Fachgebiete. Die meisten waren mehrere Jahre im FD tätig, ehe sie eine Fachweiterbildung absolvierten (s. 5.4.1f). Den Wechsel aus dem FD in einen anderen Bereich aus eigenem Interesse, können sich die meisten Befragten nicht vorstellen.

Die ATA- und OTA-Absolventen verwiesen darauf, dass für die Pflegenden, die von einer bettenführenden Abteilung in den Funktionsdienst wechseln, gleichermaßen wie für sie, fast alles neu zu erlernen ist. Sie verbinden dabei die pflegerische FWB mit der Bezeichnung „Umschulung“. Während ATA und OTA im Zuge ihrer Ausbildung schrittweise Begründungen des jeweiligen Handelns erschließen würden, stellt sich ihrer Einschätzung nach, die Einarbeitung bei den Pflegenden als ein Anlernprozess dar, bei dem Hintergrundwissen eine untergeordnete Rolle spielt. Den Fachweiterbildungsweg stellen sie dahingehend in Frage (s. 5.1.2).

Qualifizierung von ATA – Lernen für die Arbeit: Die befragten ATA-Absolventen hatten sich überwiegend für das Erlernen anderer Gesundheitsfachberufe interessiert, waren vom Pilotprojektrträger kurze Zeit vor Beginn der ATA-Ausbildung auf diese aufmerksam gemacht worden und hatten sich, nicht zuletzt aus Mangel an Alternativen und in Erwartung eines sicheren Arbeitsplatzes im Gesundheitswesen, kurzfristig dafür entschieden.

Teilweise sind sie unmittelbar aus der allgemeinbildenden Schule in die Ausbildung eingetreten. Einige hatten Ausbildungen in anderen Berufen abgeschlossen und waren z. T. vor Beginn der ATA-Ausbildung erwerbslos. Wenige verfügten bereits über eine pflegerische Erstausbildung. Bei den meisten bestanden einschlägige Vorerfahrungen im Gesundheitswesen bislang nur aus Schulpraktika auf Krankenhausstationen oder im Langzeitpflegesektor (s. 5.1.1).

Alle ATA- und OTA-Absolventen schlossen aus, dass ihre spezifisch auf die Tätigkeit im Anästhesie- (bzw. im OP-)Funktionsdienst ausgerichtete Ausbildung der von Fachpflegenden bzgl. des Erwerbs fachspezifischen Wissens und Könnens nachrangig sein könnte (s. 5.1.2). Sie merken aber auch an, dass ihnen am Ausbildungsende die Pflegenden im routinierten Handeln und in der Interaktion mit Patienten überlegen sind. Sie erklären das mit dem unterschiedlichen Umfang an Berufserfahrung (ebd.).

Auch die Fachpflegenden nehmen diese Unterschiede wahr (s. 5.4.3). Einige vermuten gleichfalls, dass mit dem Sammeln von Berufserfahrung keine Unterschiede im Handeln der beiden Personengruppen mehr erkennbar sein könnten (ebd.). Sie verweisen dabei auch auf die aus ihrer Sicht überzogenen Erwartungen an die ATA und OTA. Sie sind, ihrer Einschätzung nach, kaum mit Pflegenden vergleichbar, die neu in

der Anästhesie oder im OP tätig werden und durch ihren bisherigen Werdegang i. d. R. bereits über ein höheres Maß an Verständnis für Zusammenhänge, Gespür für Patientenbedürfnisse, Umsichtigkeit, Flexibilität und Sorgsamkeit verfügen. Bei ATA und OTA könne das nicht in diesem Umfang vorausgesetzt werden. Sie benötigen eine intensive(re) Einarbeitung und Begleitung (s. 5.4.4).

6.1.2 ATA als neues Teammitglied im Wirkgefüge der Gesundheitsfachberufe

Innerhalb dieses Absatzes interessieren die Ergebnisse zu jenen Fragen, die das junge Berufsbild „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ betreffen (s. Tab. 6, Forschungsfragen 2, 3 & 4).

Dazu wird zunächst beschrieben, wie sich das ATA-Konzept derzeit in das Feld der bestehenden Berufe im Krankenhaus einfügt und ob die ATA-Absolventen auf Akzeptanz stoßen. Dann ist zu sagen, ob die ATA-Ausbildung und die I&A-Fachweiterbildung zu vergleichbaren beruflischen Handlungskompetenzen führen und eng damit verbunden auch, inwiefern die neue Ausbildung die etablierte pflegerische Fachweiterbildung ergänzt oder ersetzt bzw. ergänzen oder ersetzen kann. Schließlich ist zu beurteilen, ob zukünftig andere als die bisherigen Qualifikationsprofile für das Handlungsfeld Anästhesie-FD anzustreben sind, welche das ggf. sind und ob dahingehend Anpassungsbedarf für die ATA-Ausbildung und/oder die I&A-Fachweiterbildung besteht.

Noch keine hinreichende Akzeptanz der ATA: Bis zur allgemeinen Akzeptanz der neuen Berufe, insbesondere der ATA, sind aus der Sicht der Absolventen z. T. noch erhebliche Ressentiments, v. a. bei den Pflegenden, abzubauen (s. 5.1.5, 5.2.1, 5.2.4).

Die Antworten der OTA und der OP-Pflegenden weisen auf ähnliche Marginalisierungen hin, mit denen OTA zu Beginn ihrer Etablierung konfrontiert waren und es z. T. noch sind (s. 5.2.1, 5.2.4). Davon, dass in den Krankenhäusern gezielt Wege beschritten werden, um die Lernenden bzw. dann jungen Mitarbeiter der neuen Berufe in die bestehenden Mitarbeiterstrukturen zu integrieren und die Zusammenarbeit der etablierten und neuen Berufen zu regeln (Schmid, 2010), konnten weder die Absolventen der beiden neuen Berufe, noch die Fachpflegenden berichten.

Sowohl die ATA- und OTA-Absolventen als auch die Fachpflegenden gehen von einer zunehmenden Verbreitung der neuen Ausbildungen aus (s. 5.1.5, 5.2.4, 5.4.4). Ihre Begründungen sind in Teilen gleich. Die ATA- und OTA-Absolventen führen für ihre optimistische Einschätzung v. a. den allgemeinen Bedarf an Arbeitskräften an. Sie argumentieren weiter, dass ihre Qualifizierung für die Krankenhäuser, im Vergleich zu derjenigen der Fachpflegenden, finanziell und zeitlich ökonomischer ist. Sie verweisen auf ihre geringere Entlohnung und auf ihre fachspezifisch umfassende Ausbildung. Dabei sehen sie ihre grundständige Qualifizierung überwiegend als längerfristigen Ersatz für die FWB (s. 5.1.5, 5.2.4).

Die Fachpflegenden schreiben der ATA- und der OTA-Ausbildung v. a. aus Kostengründen Etablierungsaussichten zu. Dabei sehen einige durch diese Ausbildungen ihren Arbeitsplatz gefährdet und die Entwicklungsmöglichkeiten von Pflegenden beschränkt (s. 5.4.4). Die letztere Einschätzung wird auch von vielen Pflegedienstdirektoren geteilt (s. 5.3.4).

Mehrfach formulierten die Pflegenden, dass sie ihren eigenen Werdegang und die ihnen entgegengebrachte Wertschätzung durch die Etablierung der grundständigen Ausbildung in Frage gestellt sehen. Viele gehen davon aus, dass es längerfristig keine Fachpflegequalifizierung mehr geben könnte (s. 5.4.4). Ihrem Eindruck nach wird aus Sicht der Entscheidungsträger in den Krankenhäusern angenommen, dass die ATA-Ausbildung in angemessener Weise für die Übernahme der gleichen Aufgaben vorbereitet, wie die Pflegeaus- und -weiterbildung (s. 5.4.4, 5.4.5). Diese Einschätzung teilen sie nicht.

(Un-)gleiche Handlungskompetenz von ATA und I&A-Fachpflegenden: Die Konzeption der ATA-Ausbildung zielt, wie die Operationstechnische Assistenz, primär auf die Sicherung des quantitativen Personalbedarfs ab, d. h. auf die Erfüllung der bislang von Pflegenden (mit oder ohne Fachweiterbildung) übernommenen Aufgaben (s. 2.2.3 & 2.2.5).

Mit dem ATA-Konzept wird damit die Notwendigkeit einer pflegeberuflichen Qualifizierung für die Tätigkeit im Anästhesie-Funktionsdienst in Abrede gestellt (Blum und Grohmann, 2009) (s. 2.2.5). Dies schließt die Annahme ein, dass die ATA-Ausbildung in mindestens gleich guter Weise auf die Bewältigung der Handlungssituationen in diesem Tätigkeitsfeld vorbereiten kann, wie ein pflegerischer Qualifizierungs weg. ATA könn(t)en demnach (Fach-)Pflegende im Anästhesie-FD ersetzen⁴².

Die befragten ATA und OTA geben schließlich auch an, dass sie die gleichen Aufgaben erfüllen, wie die im Anästhesie-FD tätigen (Fach-)Pflegenden bzw. wie die (Fach-)Pflegenden im OP-Dienst. Unterschiede ergeben sich eher aufgrund unterschiedlich umfassender Berufserfahrungen (s. 5.1.2).

Diese Einschätzung wird zunächst auch von den Fachpflegenden geteilt (s. 5.4.3). Während aber die ATA- und OTA-Absolventen keine oder kaum Unterschiede in der Art und Weise ihres Handelns und dem von (Fach-)pflegenden wahrnehmen, sehen das die befragten Pflegenden überwiegend anders (s. 5.1.2 & 5.4.3) und leiten aus dem Handeln anders qualifizierter Personen, d. h. von ATA und OTA, mögliche negative Folgen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Qualität der Patientenversorgung ab (s. 5.4.3).

Auch viele Pflegedienstdirektoren äußerten in ihren Argumenten gegen eine grundständige Ausbildung vergleichbare Vermutungen. Sie bringen diese mit dem eng geschnittenen Qualifikationsprofil der ATA in Verbindung, das den Blick für Gesamtprozesse und Patientenbedürfnisse erschweren würde (s. 5.3.4).

Zwar nehmen dabei fast dreiviertel der Befragten an, dass die ATA-Ausbildung den Ansprüchen an die Praxis gerecht werden kann (s. 5.3.4), zugleich aber schließen etwas mehr Personen aus, dass sie dies besser als die etablierte Pflegefachweiterbildung vermag (ebd.).

Zukünftige Qualifikationsbedarfe (1) – breite Ausbildung und Weiterentwicklungsmöglichkeiten: Konsens zwischen zentralen pflege- und anderen gesundheitsberufsbezogenen Interessenvertretungen und der Bundesregierung besteht in jüngster Zeit darin, dass eine bundesrechtliche Regelung der Berufe OTA und ATA, i. S. ihrer staatlichen Anerkennung als Gesundheitsfachberuf, am geeignet-

⁴² Im Fall der länger bestehenden OTA-Ausbildung zeigen sich mit ihrer zunehmenden Verbreitung inzwischen Ersatz-/ „Verdrängungs“-effekte. Im Gegensatz zu anderen Fachweiterbildung stagnieren die Zahlen bei den fachweitergebildeten Pflegenden im OP-Dienst (s. 2.2, Abb. 3). Die befragten Pflegedienstdirektoren erwarten zudem einen weiteren Rückgang dieses FWB-Angebots (s. 5.3.2).

sten erscheint, um im Hinblick auf eine sichere Patientenversorgung ein Mindestqualitätsniveau der Ausbildung und Berufsausübung sowie eine hinreichende Bewerberattraktivität zu sichern (z. B. Bundesrat, 2009a; BALK et al., 2011). Bzgl. der konkreten Ausgestaltung der Qualifizierungsprofile und -wege hingegen bestehen unterschiedliche Standpunkte und offene Fragen (s. 2.5.5).

Bislang erhielt die Ausbildung für die Operationstechnische Assistenz (OTA), u. a. mit Verweis auf Bedenken hinsichtlich der geringen Einsatzbreite der Berufsangehörigen, keine staatliche Anerkennung (s. 2.5.5). Von Seiten der Bundesregierung wird dahingehend vorgeschlagen, den Qualifikationsbedarf für den OP- und den Anästhesie-Funktionsdienst übergreifend zu prüfen. Dies schließt die Prüfung der Sinnhaftigkeit einer integrierten Aus- und Weiterbildung für die beiden Bereiche ein (ebd.).

In diesem Vorschlag werden berufsbildungstheoretische Prämissen erkennbar, insbesondere jene danach, konzeptionell abgesicherte Qualifikationsprofile zu entwickeln, die den Kriterien von „Ausbildungsberufen“ entsprechen (s. 2.3.1).

Werden dabei die Konzepte ATA und OTA vor dem Hintergrund der „Prüfkriterien zur Anerkennung und Beibehaltung anerkannter Ausbildungsberufe“ des Bundesausschusses für Berufsbildung (zit. nach Braun et al., 2004; s. Abb. 5, Kap. 2.3.2) betrachtet, dann fällt auf, dass diese nicht allen Kriterien standhalten. So können insb. die Fragen, ob

- die beiden Berufe eine breit angelegte berufliche Grundbildung garantieren,
 - eine ausreichende Abgrenzung zu anderen Ausbildungsberufen besteht und
 - die beiden Berufe eine Grundlage für Fortbildung und beruflichen Aufstieg ermöglichen,
- nicht zustimmend beantwortet werden.

Dahingehend äußerten sich auch einige ATA- (und OTA-)Absolventen des Pilotprojekts, trotz eines überwiegend positiven Gesamtfazits ihrer Ausbildung (s. dazu 6.1.3) und allgemein für günstig befundener Aussichten auf eine Anstellung (s. 5.1.4), nachdenklich zu ihren Zukunftsperspektiven. Diese beziehen sich v. a. auf die mit den engen Qualifikationsprofilen verbundenen, im Gegensatz zu den (Fach-)Pflegenden deutlich begrenzten Arbeitsmöglichkeiten außerhalb der Anästhesie und des OPs (s. 5.1.4).

Hinzu kommt der Verweis auf die mit dem Fehlen der staatlichen Anerkennung der beiden Berufe beschränkten Weiterqualifizierungsmöglichkeiten (s. 5.1.4, 5.2). Waren ihre beruflichen Pläne zum Ausbildungsende dabei noch vage (s. 5.1.4), so äußern eine Reihe von Absolventen ein Jahr nach Berufseintritt (konkret(er)e) Vorstellungen und wünschen, sich weiterqualifizieren zu können (s. 5.2.3).

Auch die Antworten der beiden anderen Befragtengruppen stützen die Relevanz des o. g. Vorschlags, d. h. die Tragfähigkeit einer breit(er) angelegten Qualifizierung zu eruieren. So erscheint der hohe Spezialisierungsgrad, der von den Initiatoren des ATA-Konzepts als sinnvoll beschrieben wird (s. 2.2.5), aus der Perspektive der Fachpflegenden sowohl hinderlich für die Herausbildung umfassender beruflicher Handlungskompetenz als auch für die Persönlichkeitsentwicklung der (angehenden) ATA (s. 5.4.4). Sie sehen darin eine isolierte Teilqualifikation, die den Absolventen das vorausschauende Erkennen notwendiger

Zusammenhänge in der Patientenversorgung nicht hinreichend ermöglicht. Zudem verweisen auch sie auf das begrenzte Spektrum an Arbeitsorten und Entwicklungsperspektiven (ebd.).

Die Pflegedienstdirektoren beschreiben das ähnlich (s. o. & s. 5.3.4). So geben deutlich mehr als die Hälfte von ihnen einen Bedarf an Mitarbeitern an, die sowohl für den Anästhesie- als auch für den OP-Funktionsdienst flexibel einsetzbar sind. Fast die Hälfte halten dabei eine Berufsausbildung für sinnvoll, die gleichzeitig für beide Funktionsdienste qualifiziert (s. 5.3.3). Diese Einschätzung wurde v. a. für kleinere Krankenhäuser geteilt. Sie findet sich mehrfach auch in den Antworten der ATA- und OTA-Absolventen und in denen der I&A- sowie der OP-Fachpflegenden wieder (s. 5.1.5 & 5.4.6).

Für große Krankenhäuser mit differenzierten OP-Abteilungen und vielen Mitarbeitern in den Funktionsdiensten, spielt diese Flexibilität der einzelnen Mitarbeiter eine untergeordnete Rolle. Hier wird (in Bezug auf den OP-Dienst) häufiger angesprochen, dass in der Komplexität des Versorgungsangebots Spezialisten für einzelne Felder, z. B. für die Neurochirurgie oder die Herzchirurgie, gefragt sind (s. 5.1.5).

Zukünftige Qualifikationsbedarfe (2) – erweiterte (pflegerische) Kompetenzen: Die Tatsache, dass die meisten Pflegenden vor ihrer Weiterbildung bereits mehrere Jahre im Fachgebiet tätig waren (s. 5.4.1) und anschließend i. d. R. die gleichen Aufgaben erfüllen wie zuvor (s. 2.2.3 & 5.4.2), ist ein wesentlicher Grund dafür, den Bedarf an einer FWB in der bisherigen Form in Frage zu stellen (s. 2.2.1 & 2.2.3). Zudem liegt der Schwerpunkt der FWB im schulischen und praktischen Teil auf dem Intensivbereich. Anästhesiespezifische Inhalte, dabei v. a. auch pflegerische Schwerpunktsetzungen, weisen den deutlich geringeren Umfang auf (s. 2.2.2, 5.4.2). Hinzu kommt Kritik an der inhaltlichen und der methodischen Gestaltung des Lernens in der Theorie und Praxis der FWB (s. 2.2, 2.2.3), die von einen großen Teil der befragten Pflegedienstdirektoren und von den Fachpflegenden geteilt wird (s. 5.3.2 & 5.4.2).

Zwar gaben die Fachpflegenden mehrheitlich an, einen persönlich bedeutsamen Gewinn aus der absolvierten FWB gezogen zu haben (s. 5.4.2), doch ist diese zunächst positive Einschätzung zu relativieren, und zwar dahingehend, dass mit dem FWB-Abschluss keine hinreichende berufliche Weiterentwicklung verbunden ist. Darauf weisen auch einige Pflegende hin (ebd.).

Ein zentrales Grundprinzip für Berufsidentität besteht in der Einheit von Kompetenz- und Laufbahnentwicklung (Kade, 2008), d. h. dass Kompetenzen als Leistung durch Positionen in der Organisation anerkannt werden sollten, um von den betreffenden Mitarbeitern als persönlich sinnvoll erlebt zu werden (ebd.). Verselbstständigt sich einseitig die (nonformale) Kompetenzentwicklung als Element der Innenseite der Berufsbiografie, ohne durch eine angemessene Laufbahnposition honoriert zu werden – wie das hier für die erfahrenen Fachpflegekräfte in der Anästhesie und im OP zutrifft – verliert die Arbeit auf Dauer an Sinn, bremst die Motivation und die Leistungsbereitschaft (Kade, 2008; Burisch, 2006).

Diese Situation legt gleichfalls ein Überdenken der bisherigen Fachweiterbildungspraxis nahe. Dahingehend zu diskutierende Weiterentwicklungsmöglichkeiten wurden aufgezeigt. Gemeint sind die bereits an einigen Orten vorgenommenen Aktualisierungen der FWB, z. B. die Aufteilung der bisher breit angelegten FWB-Kurse in separate „Teil“-Angebote für die Intensivpflege oder für die Anästhesie(pflege) (s. 2.2.3).

Zudem sind es Überlegungen zur Schaffung von Studienangeboten zur Erweiterung der (pflegerischen) Handlungskompetenzen, auch im Hinblick auf eine Übernahme von bisher in Deutschland Ärzten zugeordneter Aufgaben (s. 2.2.3). Anregungen dazu geben international zu findende Beispiele⁴³ (s. 2.2.4).

Die meisten der befragten Fachpflegenden zeigt sich hinsichtlich der Übernahme bisher Ärzten zugeordneter Aufgaben auch aufgeschlossen. Sie zweifeln dabei jedoch eine generelle Eignung nichtärztlichen Personals für diese Aufgaben an, verweisen auf die Notwendigkeit der Entlastung von anderen Aufgaben sowie auf den Bedarf an entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen, ggf. auch in Form eines ergänzenden Studiums (s. 5.4.6). Die derzeitige FWB halten sie für nicht hinreichend geeignet, um auf die verantwortliche Übernahme erweiterter Aufgaben vorzubereiten (ebd.).

Die ATA-Absolventen äußerten sich zurückhaltender, was eine Erweiterung ihres Kompetenzprofils betrifft (s. 5.1.5). Gleichwohl sehen auch hier einige die Möglichkeit dafür. Wesentliche Voraussetzungen sind dabei ihrer Einschätzung nach, dass sich ihr Berufsbild zunächst festigen und akzeptiert werden muss sowie dass eine gewisse Berufserfahrung und eine theoretische Fundierung des Handelns vorliegen (ebd.). Die Aufgeschlossenheit gegenüber einer Kompetenzerweiterung ist deshalb nicht überraschend, weil gerade in den Funktionsbereichen Anästhesie, OP, Intensivstationen, Dialyseeinrichtungen, Notaufnahme und Endoskopie seit Jahren – ob in jedem Fall aus berufs-, haftungs- oder arbeitsrechtlichen Gesichtspunkten zulässig oder nicht – Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich an Pflegende delegiert werden (vgl. DPR 2006) und eine Trennung zwischen „ärztlichen“ und „pflegerischen“ Tätigkeiten mit gewissen Grenzen kaum mehr vorhanden ist (Bachstein, 2005) (s. 2.1.2). So erstaunt es auch kaum, wenn fast die Hälfte der befragten Pflegedienstdirektoren die Einschätzung teilen, dass zukünftig entsprechend qualifizierte Fachkräfte eigenverantwortlich Narkosen überwachen dürfen sollten (s. 5.3.3).

„Häufig tritt die Frage nach dem Wesen der Pflege [...] gerade deswegen auf, weil eigentlich Konsens darüber herrscht, dass eben nicht alles Pflege ist, was Pflegende tun oder was mit einem Terminus Pflege belegt wird.“ (Bartholomeyczik, 2003)

Aus pflegerischer Perspektive wird vielfach befürchtet, dass sich (Fach-)Pflege als Beruf mit dem Anspruch auf eine mehrjährige Aus- und Weiterbildung überflüssig macht, wenn Aufgaben in einer Negativ-abgrenzung als „nicht pflegerisch“ beurteilt werden (Hasseler, 2004). Auf einem solchen Verständnis werden keine gesellschaftlich zuträglichen und systemisch begründeten Berufsbildungskonzepte entwickelt werden können (Meifort, 2001). Das Bemühen eines Gesundheitsberufs – hier der Pflege – um Existenzwahrung, Anerkennung und Professionalisierung, kann nicht die Frage danach unterbinden, ob nicht eine andere Qualifikation – z. B. eine medizinisch-technisch ausgerichtete – besser als der bisherige „pflegerische“ Weg für bestimmte Aufgaben, wie hier in der Anästhesie und im OP, befähigt (SVR, 2007).

Damit verbunden ist es Aufgabe der beruflichen Pflege, ihre Kernkompetenzen und damit Alleinstellungsmerkmale zwischen ihren (bisherigen) Polen von Hausarbeitsnähe (caring) und medizinischer Assistenz (nursing) neu zu definieren (Dörge, 2009) und sich im geforderten Professionen-Mix, der von einer

⁴³ Mögliche, zu diskutierende Themen für fachlich-vertiefende Weiterbildungsqualifizierungsmodule/-programme werden im Kap. 6.1.4 benannt.

Gleichstellung unterschiedlicher Berufsbilder geprägt sein sollte (HWP, 2007; Evans und Scharfenort, 2008), als eine von mehreren tragenden Professionen zu positionieren (Hülsken-Giesler, 2010b).

Das schließt in Bezug auf die vorliegende Arbeit die Frage danach ein, für welche konkreten Aufgaben(komplexe) in der Anästhesie und im OP (Fach-)Pflegekompetenz benötigt wird. Zu klären ist dabei,

- wofür (Fach-)Pflegende hier die geeignetsten Mitarbeiter sind,
- welche ihrer bisherigen Aufgaben in den Kernkompetenzbereich einer anderen Berufsgruppe, z. B. einer mit medizinisch-technisch orientiertem Qualifikationsprofil, zugeordnet werden können,
- welche Aufgaben durch (Fach-)Pflegende an Hilfspersonal delegierbar erscheinen und
- welche erweiterten Aufgaben sie i. S. von Advanced Nursing Practice übernehmen könnten (s. 2.2.3).

Die Einschätzungen, ob es sich beim Anästhesie- sowie OP-FD um pflegerische Tätigkeitsfelder handelt, widersprechen sich sowohl bei den ATA- und OTA-Absolventen als auch bei den Pflegenden (s. 5.1.2 & 5.4.3). Dabei wird den Aufgaben im Anästhesie-FD durch den unmittelbaren Patientenumgang eine größere Nähe zur Pflege im engeren Sinne zugesprochen, als dem OP-Dienst (s. 5.1.2).

Überwiegend befanden auch die Fachpflegenden ihre Tätigkeit nicht als originäre Pflege, sondern als eine Tätigkeit mit ausgeprägter medizinisch-technischer und arztassistierender Komponente. Gleichzeitig erscheinen ihnen erfahrene Pflegende für die zu erfüllenden Aufgaben als besonders geeignet (s. 5.4.4). Mehrfach sprachen sie in diesem Zusammenhang insbesondere die Patientenbetreuung im Aufwachraum an, die ihrer Einschätzung nach „Pflegeverständnis“ nötig macht (s. 5.4.3). ATA könnten Pflegende hier nicht (ganz) ersetzen (ebd.).

Um zuverlässige Aussagen zu diesen Einschätzungen treffen und ggf. Folgerungen zu einer, derzeit (noch) nicht vorgesehenen, Aufgabenteilung zwischen den unterschiedlich qualifizierten Mitarbeitern in den Funktionsdiensten ableiten zu können, sind empirische berufswissenschaftliche Analyse angezeigt⁴⁴.

Zusammenfassend ist hinsichtlich der drei Teilfragen zum jungen Berufsbild ATA (s. Tab. 6, S. 96) festzuhalten, dass das Konzept der Anästhesietechnischen Assistenz zum Untersuchungszeitpunkt (noch) nicht hinreichend im Feld der Gesundheitsfachberufe akzeptiert war. In den Handlungskompetenzen von ATA und I&A-Fachpflegenden bestehen Unterschiede. Ob die ATA-Ausbildung ein adäquater Ersatz für die I&A-Fachweiterbildung sein kann, ist anzuzweifeln. Eine Ergänzung der Anästhesie-Teams durch ATA erscheint hingegen prinzipiell möglich. Sowohl für die ATA-Ausbildung als auch für die I&A-Fachweiterbildung bestehen Anpassungsbedarfe. Sie betreffen die mögliche Schaffung einer breiter angelegten Ausbildung und von Weiterentwicklungsmöglichkeiten, einschließlich solcher Qualifizierungsangebote zur Übernahme erweiterter Aufgaben und Verantwortlichkeiten.

Nebenbefund – Nutzen der Etablierung neuer Berufe gegen Fachpersonalmangel fraglich:

Der überwiegende Anteil der jungen ATA- und OTA-Berufsanfänger ist über befristete Verträge beschäftigt (s. 5.2.1). Diese Situation kann als problematisch betrachtet werden, insofern sie als Indikator für das

⁴⁴ s. dazu auch Kap. 6.2.2, Abschnitt „Bedarf an systematischer und unabhängiger Gesundheitsberufsbildungsforschung“

vielfach hausgemachte Strukturproblem alternder Institutionen gilt (Kade, 2008). Durch Befristungen wird der jungen Generation der Zugang zu einem dauerhaften Erwerbsstatus, zur Inklusion durch Anerkennung sowie zur Identifikation mit der beruflichen Aufgabe und dem Unternehmen erschwert. Befristungen animieren v. a. junge Mitarbeiter zur Fluktuation bzw. Arbeitsmigration in attraktiver empfundene Regionen. Sie entziehen dem Unternehmen Innovationskraft, hemmen die „Verjüngung des Personals“ und verschärfen so das Strukturproblem der Überalterung (ebd.) (s. 2.1.2).

Aus der Perspektive der Pflegedienstdirektoren ergab sich für den Befragungszeitpunkt Frühjahr 2009 (noch) kein genereller Bedarf an einer grundständigen Berufsausbildung für den Anästhesie-FD, und zwar weder um kurzfristig genügend einschlägig qualifiziertes Personal zu haben, noch weil das Konzept der etablierten Fachweiterbildung, trotz diverser Verbesserungsoptionen, so defizitär wäre, dass eilig Abhilfe durch ein neues Konzept geschaffen werden müsste (s. 5.3.1, 5.3.2 & 5.3.4).

Diese Einschätzung würde inzwischen (Stand: Anfang 2012) wahrscheinlich kritischer ausfallen. Aktuellen Erhebungen zufolge (Blum et al., 2011) hat sich der lange, auch für den Anästhesie-FD prognostizierte (Fach-)Personalmangel, gemessen am Indikator der Nichtbesetzbarkeit freiwerdender Stellen, inzwischen manifestiert (s. 2.1.2). Daraus kann eine, bereits zum Befragungszeitpunkt in zahlreichen Einrichtungen vorhandene, wachsende Bereitschaft zur Erprobung neuer Qualifizierungskonzepte resultieren (s. 5.3.4). Aufgrund der fehlenden Steuerungs- und Qualitätskontrollmechanismen kann dies die Zersplitterung der Gesundheitsberufsprofile und ihrer Folgen weiter verschärfen (s. 2.3.2).

Der Faktor Personal stellt den größten Kostenfaktor, aber auch den zentralen Erfolgsfaktor eines Krankenhauses dar (Braun von Reinersdorff, 2007). Die systematische Entwicklung und Gewinnung personen gebundenen Know-how's, dessen Stärkung, wertschöpfende Nutzung und Weitergabe bestimmen seine Wettbewerbsstärke (ebd.). Indes erleben die Beschäftigten derzeit kaum pfleglichen Umgang (s. 2.1.2).

Dies zeigen auch die Aussagen der ATA- und OTA-Absolventen sowie die I&A- und OP-Fachpflegenden (s. 5.1.3, 5.2.1, 5.4.5). Sie berichten von dauerhaft hohen Arbeitsbelastungen und von einer vielfach nicht hinreichend empfundenen sozialen Bestätigung und Wertschätzung ihres Wirkens durch ihre Vorgesetzten (s. ebd.). Gerade diese sind, neben der Anerkennung durch die Leistungsempfänger/Patienten, jedoch zentral für das Erleben persönlichen Sinns von Arbeit und damit für Arbeitszufriedenheit und -fähigkeit (Takase et al., 2005; Burisch, 2006; Siegrist und Dragano, 2006, 2008; Kade, 2008).

Von der Etablierung neuer grundständiger Ausbildungen, wie z. B. ATA und OTA, wird erwartet, dass sie ein erweitertes Bewerberspektrum ansprechen (s. 2.1.2 & 2.2.5). Aussagen in allen drei Befragungsgruppen deuten an, dass dies tatsächlich so ist. So geben die meisten ATA- und OTA-Absolventen an, zwar an einem medizinischen Beruf interessiert gewesen zu sein, nicht aber primär an einer Pflegeausbildung als dem bisher üblichen Zugangsweg für ein Tätigwerden im Anästhesie- bzw. im OP-Funktionsdienst (s. 5.1.1). Einige Fachpflegepersonen meinen, dass es sich um andere Typen an Personen handelt, die sich für eine solche medizinisch-technische Ausbildung anstelle einer Pflegeausbildung entscheiden (s. 5.4.3) und auch die Pflegedirektoren erwarten diesen Effekt (s. 5.3.4).

Im Erschließen eines erweiterten Bewerberklientels wird ein Mittel gegen den zunehmenden Fachkräftemangel gesehen (2.1.2 & 2.2.5). Der Effekt dieses Mittels dürfte, angesichts der angesprochenen belastenden Arbeitsbedingungen, deutlich geschmälert werden. Zum einen können diese Bedingungen, wie das z. B. für die Pflegeberufe bekannt ist, potenziell Interessierte von einer Ausbildung in diesem Bereich abhalten. Zum anderen gefährden sie auf Dauer die Arbeitsfähigkeit und führen zum verstärkten Wechsel des Arbeitsplatzes oder sogar des Berufs (Hasselhorn et al., 2003; Wenderlein und Schochat, 2003; Braun und Müller, 2005; Coomber and Barriball, 2007; DBfK Hrsg., 2011).

Wegen der vielfach hohen physischen und psychosozialen Belastungen in ihrem Arbeitsumfeld, zweifeln die meisten Befragten an, diesen dauerhaft, ggf. bis zum Renteneintrittsalter, gewachsen zu sein. Dies gilt v. a. für die Mitarbeiter im OP-Dienst und in der Intensivpflege (s. 5.1.3 & 5.4.5). Günstiger werden sowohl von den ATA- und OTA-Absolventen als auch von den I&A- und OP-Fachpflegenden die Belastungen im Anästhesie-FD befunden (s. 5.1.4, 5.2.1 & 5.4.5). Auch die Einschätzungen der Pflegedirektoren deuten darauf hin (s. 5.3.1). Hier erscheint eine systematische Analyse angezeigt, wie dieser Bereich für eine alternssensible Personalpolitik optimal nutzbar gemacht werden kann.

6.1.3 Resümee zum Pilotprojekt zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA

In den Forschungsfragen ging es letztlich auch um die Beleuchtung konkreter formaler und inhaltlicher Aspekte des Pilotprojekts zur gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA. Dabei standen zwei leitende Fragen im Raum, und zwar zum einen jene danach, wie die Absolventen selbst ihre Ausbildung bewerten (Frage 5) und zum anderen, welche Hinweise sich für die Weiterentwicklung der ATA- und OTA-Ausbildung sowie darüber hinaus für nachfolgende Modellprojekte ableiten lassen (Frage 6).

Überwiegend positives Gesamtfazit der Absolventen: Die befragten Absolventen der gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA im Pilotprojekt zogen ein überwiegend positives Gesamtfazit und fühlten sich zum Ende ihrer Ausbildung gut auf die Anforderungen ihres Berufsalltags vorbereitet (s. 5.1.3). Diese Einschätzung bestätigten sie auch in der rückblickenden Befragung etwa ein Jahr nach ihrer Berufseinmündung (s. 5.2.2). Die positive Beurteilung durch die Absolventen erscheint grundsätzlich erfreulich. Sie sollte dennoch nicht überbewertet werden. In der vorliegenden Arbeit wurden lediglich Anhaltspunkte zum Output⁴⁵ der Pilotausbildung gesammelt. Das tatsächliche Outcome⁴⁶ der Ausbildung ließ sich mit dem gewählten Forschungsdesign nicht untersuchen. Um verlässliche Aussagen über die tatsächliche Qualität der Ausbildung treffen zu können, sind weitere Untersuchungen notwendig.

⁴⁵ **Output** meint in Berufsbildungsprozessen die erworbenen fachlichen und überfachlichen Kompetenzen im Anschluss des Lehr-/Lernprozesses, den Transfer des Erlernten auf Situationen des beruflichen und persönlichen Alltags (behavior), sowie die Veränderung der Situation selbst (results) (Sahney et al., 2004). Um Aussagen zum Output treffen zu können, ist zu analysieren, in welchem Maß die geplanten (Lern-)Ziele erreicht wurden (Heidegger, 2006; Kurz, 2006).

⁴⁶ Mit dem **Outcome** sind der Verbleib und die Leistungen der Absolventen im zukünftigen (Berufs-)Leben gemeint (Sahney et al., 2004). Die Ermittlung des Outcome beschränkt sich in der Bildungsgangevaluation meist auf eine Abschätzung, da die erst in der Zukunft liegenden „Erfolge“ aus methodischen Gründen kaum einer direkten Messung zugänglich sind (Heidegger, 2006; Kurz, 2006). In begrenztem Umfang sind Outcomes über Absolventenverbleibstudien und berufsbiographische Untersuchungen rekonstruierbar (Heidegger, 2006; Schneider und Schrems, 2008).

Die ATA- und OTA-Absolventen verwiesen zu beiden Befragungszeitpunkten auf Verbesserungsmöglichkeiten der Ausbildung. Diese betreffen inhaltliche und organisatorische Aspekte und beziehen sich sowohl auf den Lernort Schule als auch die Praxis (s. insb. Tab. 4, 5.1.3 & 5.2.2). Sie brachten die benannten Aspekte dabei überwiegend nicht mit der integrierten Ausbildungsform im Modellprojekt in Verbindung oder erklärten sie als Anlaufschwierigkeiten. Vielfach begründeten sie Defizite im Ausbildungsprozess mit Personalknappheit und hohem Arbeits- und Zeitdruck in den Praxisorten sowie auch mit Vorbehalten gegenüber den neuen Ausbildungen, v. a. gegenüber der neueren ATA (s. 5.1.3).

Besonders der Arbeits- und Zeitdruck wurde, sowohl von den Absolventen des Pilotprojektkurses (ATA 04+OTA 04) als auch von den Absolventen des zwei Jahre zuvor gestarteten Kurses OTA 02, sehr häufig angesprochen und scheint im OP-Dienst für die Sicherstellung einer gezielten OTA-Ausbildung deutlich problematischer zu sein als im Anästhesie-FD für die Ausbildung von ATA (s. 5.1.3 & 5.2.2).

Mit Verweis auf die belegte Schlüsselfunktion des situierten Lernens in (beruflichen) Praxisgemeinschaften für den Erwerb von Berufsfähigkeit (Holoch, 2002; Rauner, 2010) (s. 2.3.3), wird hier drängender Handlungsbedarf erkennbar. Er besteht v. a. in der Definition expliziter Vorgaben zur inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung des praktischen Teils der Ausbildungen, einschließlich der begründeten Festlegung des Mindestumfangs und -inhalts von Praxisanleitungssituationen sowie zur strukturierten Lernortkooperation (Brinker-Meyendriesch, 2003).

Berufsausbildung und dabei v. a. der praktische Anteil, stellt neben dem Prozess der beruflichen Kompetenzentwicklung zugleich einen Prozess der beruflichen Sozialisation dar (Lempert, 2002; Rauner, 2010). In diesem Prozess orientieren sich die Lernenden an Wissen, Strategien, Denk- und Handlungsmustern sowie an Wertvorstellungen, Einstellungen und Normen der Mitarbeiter im Praxisfeld (Ried, 2001). Dabei fordert die Enkulturation in eine als defizitär betrachtete Praxis ein besonderes Verantwortungsbewusstsein von Seiten der als „Vorbild“ fungierenden Mitarbeiter ein (s. 2.3.3). Berufspädagogische Untersuchungen belegen, dass berufliche Kompetenz- und Identitätsentwicklung untrennbar miteinander verknüpft sind und dass Ungleichzeitigkeiten und Störungen in diesem Prozess, v. a. problematisch besetzte Vorbildfunktion der Mitarbeiter, die Ausbildungsqualität mindern (Kersting, 2002; Rauner, 2010).

Aus den Aussagen der ATA- und OTA-Absolventen, aber auch aus denen der Fachpflegenden, lässt sich dahingehend Handlungsbedarf i. S. der Förderung und Sicherstellung eines „vorbildhaften“ Verhaltens der Mitarbeiter in den klinischen Lernorten ableiten. So ist bspw. die Marginalisierung der Lernenden in den neuen Ausbildungsgängen bzw. ihrer Absolventen inakzeptabel.

Hinweise auf Bedarf nach mehr Informationen zu Modellprojekten: Aus den Angaben der Modellprojektabolventen und der Fachpflegenden wird deutlich, dass sich sowohl die pflegerischen Mitarbeiter in den Funktionsdiensten als auch ärztliche Kollegen vielfach nicht hinreichend über die neue Ausbildung „Anästhesietechnische Assistenz“ informiert fühlten. Diese Situation schürte Gerüchte, führte zu Unsicherheiten und Unmut und erklärt mit, warum v. a. den Absolventen der ATA-Ausbildung mit z. T. heftiger Ablehnung begegnet wird (s. 5.1.3, 5.1.5, 5.2.2, 5.2.4 sowie 5.4.3 & 5.4.4).

Im Zuge der weiteren Veränderungen in den Profilen der Gesundheitsfachberufe sowie des Erprobens neuer Qualifizierungen und Aufgabenverteilungen, sind bei den davon tangierten Personen weiterhin z. T. erhebliche Vorbehalte und Widerstände zu erwarten (s. auch 2.2.5) (SVR, 2007; Höppner und Kuhlmeij, 2009). Neuerungen können nur dann effektiv umgesetzt werden, wenn sie von einem Großteil der Mitarbeiter der jeweiligen Versorgungsbereiche sowie auch von den Leistungsempfängern für notwendig, sinnvoll, umsetzbar und sicher erkannt werden (s. ebd.).

Ein wesentlicher Hinweis, der aus den Ergebnissen der Teiluntersuchungen 1, 2 und 4 für nachfolgende Modellprojekte zu ziehen ist, besteht im Bedarf an einer transparenteren Vorgehensweise und intensiveren Informationspolitik in der Planung, Umsetzung und Evaluierung des jeweiligen Projekts durch die Managementebene. Auf diese Weise kann der Austausch zwischen den vom Vorhaben betroffenen Berufs- und Interessengruppen systematisch vertieft werden, lassen sich mögliche Missverständnisse und Probleme im Vorfeld bzw. möglichst frühzeitig gezielt, argumentativ begründet und fair begegnen und können ggf. auch Nachjustierungsbedarfe in den Konzepten und ihren Rahmenbedingungen für ihre Implementierung erkannt und ggf. umgesetzt werden (Job et al., 2006; SVR, 2007).

Eine Reihe von Untersuchungen bestätigen die hier gesammelten Einschätzungen, dass die Veränderungsprozesse im Zusammenhang mit der Etablierung neuer Qualifikationsprofile und neuer Formen der Arbeitsteilung in den Kliniken bislang nur unzureichend durch ein strategisches Personalmanagement begleitet werden (z. B. Schmitt, 2003; Braun, 2011; Steinbach-Thormählen, 2011; Stemmer, 2011).

Evaluation und Qualitätsentwicklung müssen gefördert werden: Modellprojekte und Untersuchungen zur Entstehung und Entwicklung von Qualifikationen und Berufs(-feldern) sowie implizit die Beschreibung der erkannten Potenziale, erzielten Erfolge, auftretenden Barrieren und mitunter auch ihres Scheiterns, führen u. a. zu Einsichten in den laufenden Prozess der Neukonstruktion von (Gesundheitsfach-)Berufen in ihrer Wechselwirkung zu bestehenden Berufen und zu theoretischen Auseinandersetzung mit dem Berufskonstrukt (Bollinger, 2005). Dazu sollten sie sich als kreative Denk- und Lernprozesse verstehen, die sich generativ, unvorhersagbar und provokativ mit Möglichkeiten befassen (Miller and Babcock, 2000) und sich nicht selbstreferenziell in Strukturen einmal erdachter Vorschläge ersticken (Becker, 2002).

Um diesen Anspruch einzulösen, bedarf es der Etablierung einer Evaluationskultur (RBS Hrsg., 2001; Scheerens, 2004; Bals et al., 2010) mit einer Reihe von Voraussetzungen. Dazu gehören insbesondere

- die Definition eines beruflichen und pädagogischen Begründungsrahmens als Fundament für die Ausgestaltung von Modellprojekten (RBS Hrsg., 2001; Kerngruppe Curriculum, 2006),
- das Bereitstellen personaler, zeitlicher und finanzieller Ressourcen zur strukturierten Planung, Durchführung und Evaluation eines Modellprojekts,
- die Arbeit an der Bereitschaft zur Selbst- und Fremdevaluation sowie
- die Umsetzung geeigneter Untersuchungs- bzw. Evaluationsforschungskonzepte (Vanhoof and Van Petegem, 2007).

In diesen vier Aspekten liegen für das hier untersuchte Pilotprojekt und damit auch für die methodische Umsetzung der vorliegenden Arbeit Einschränkungen vor (s. dazu Kap. 1, 2.2.5 & 2.3.3). Diese Einschränkungen begründen auch Limitierungen der Untersuchungserkenntnisse und ihrer Verwertung.

Die vorliegende Arbeit wurde in ihren Grundzügen als eine Ergänzung der internen Evaluation des Pilotprojekts zur gemeinsamen Ausbildung von ATA & OTA durchgeführt, in den die Untersucherin nicht involviert war. Für die externe Evaluation durch die Untersucherin konnte auf keine konkrete Zielbeschreibung oder gar deren Operationalisierung mit evaluierbaren Indikatoren zurückgegriffen werden. Diese Situation bot zwar einerseits großen Freiraum für die Konzeption des Evaluationsforschungsprojekts, schränkt aber zugleich die Reichweite der Erkenntnisse und ihres konkreten Nutzens ein.

Zudem ist zu bedenken, dass Evaluationsergebnisse per se eher selten direkten Aufschluss darüber geben, „[...] was gut oder schlecht war bzw. was zu verändern ist“ (Harbord, 2008). Erst die Rückkopplung der Ergebnisse ermöglicht flexibel in das jeweilige Bildungssystem einzugreifen und zur Qualitätsentwicklung beizutragen (Kurz, 2006). Dazu bedarf es nach der Ergebnisrückmeldung an die Beteiligten der gemeinsamen Diskussion. In dieser sind insbesondere auch überraschende und widersprüchliche Ergebnisse zu reflektieren (Vanhoof and Van Petegem, 2007; Harbord, 2008). Erst dann können im nächsten Schritt reale Handlungsbedarfe und -möglichkeiten formuliert und in einen Handlungsplan überführt werden (vgl. Scheerens, 2004; Harbord, 2008).

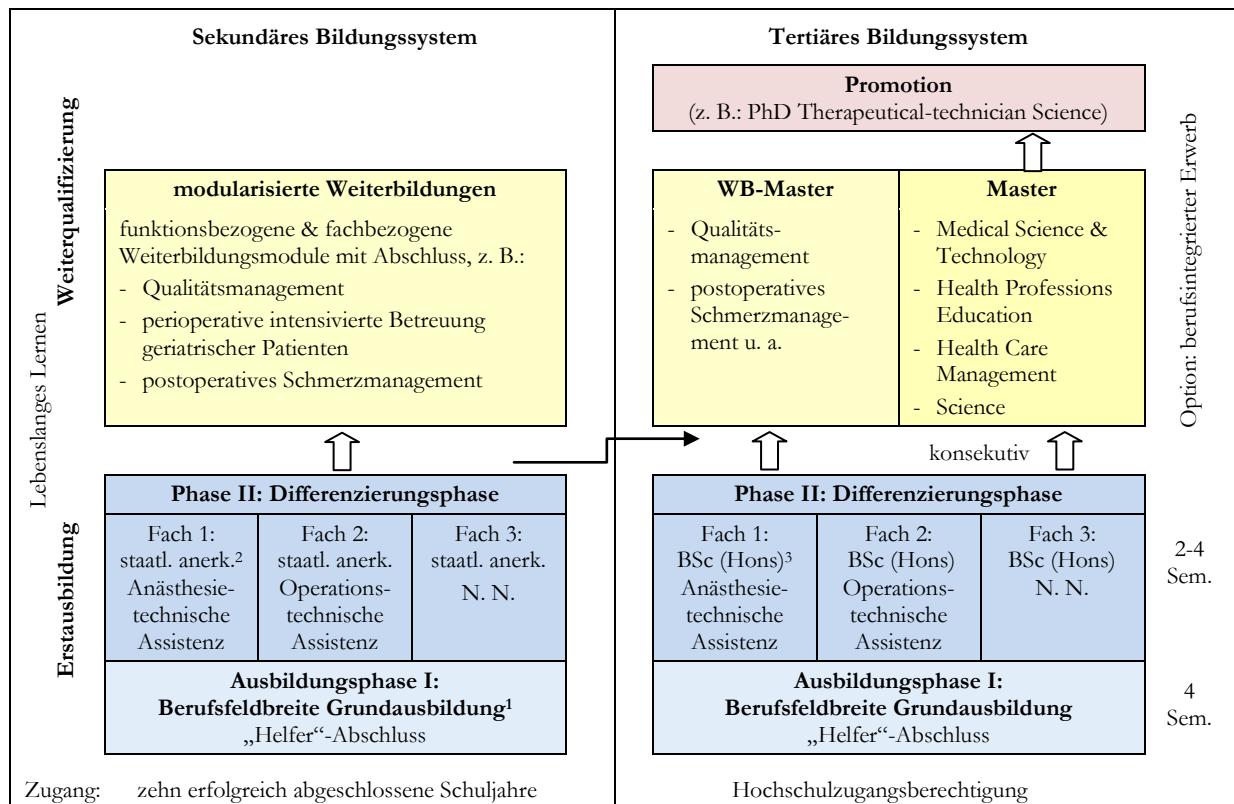
Die Aufgabe der Untersucherin endete mit der Rückmeldung der erarbeiteten Daten in Form von Grundauswertungen i. S. von Teilberichten an die Auftraggeber und in Form von Beiträgen in Arbeitstreffen der Bundesarbeitsgemeinschaft Anästhesietechnische Assistenz (BAG ATA) (s. dazu Anhang S. xlivi f). Inwiefern die Rückmeldungen in einer, oben skizzierten, Nutzen stiftenden Weise zur Weiterentwicklung der ATA- (und OTA-)Ausbildung am schulischen sowie an den praktischen Lernorten des Pilotprojektträgers verwendet wurden, bleibt hier offen.

6.1.4 Perspektive: Skill- & Grade-Mix der Gesundheitsfachberufe in der Anästhesiologie

Zusammenfassend wird aus den Teiluntersuchungsergebnissen – im Hinblick auf die Hauptfragestellung und Zielsetzung der Arbeit (s. Kap. 3) – die These abgeleitet, dass beide derzeit bestehenden Qualifizierungswege, d. h. die „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ und die „Fachgesundheits- und Krankenpflege für Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“ in veränderter Form zu-kunftsähig sind. Sie könn(t)en beide, parallel bestehend und weiterentwickelt sowie unter Berücksichtigung der angrenzenden Qualifizierungswege und -profile, v. a. derjenigen für den OP-Funktionsdienst, tragende Säulen eines Skill- & Grade-Mix-Konzepts in einem Handlungsfeld der perioperativen Versorgung⁴⁷ bilden. Beide Wege bergen Chancen für zufriedenstellende Berufskarrieren, die einer zukunftsähigen Sicherung der Patientenversorgung in quantitativer wie qualitativer Hinsicht dienen können.

⁴⁷ Die Bezeichnung „perioperativ“ meint „in zeitlichem Zusammenhang mit einer Operation“. „Perioperativ“ wird hier in einem multidisziplinären bzw. disziplinübergreifenden Verständnis verwendet. Mit „perioperativ“ tätigen Mitarbeitern sind hier insbesondere jene (an den Schnittstellen) der Anästhesie, Chirurgie, Pflege sowie der medizinisch-technischen Assistenz gemeint.

Abbildung 28 skizziert dazu als Diskussionsvorschlag zur Weiterentwicklung der bestehenden Qualifizierungen für den Anästhesie-FD ein gestuftes Bildungskonzept für medizinisch-technische Berufe im perioperativen Handlungsfeld. In dieses könnten die ATA- und die OTA-Ausbildung eingehen. Ggf. sind weitere, auf ihre Tragfähigkeit zu prüfende Ausbildungsberufe (s. dazu 2.3.2), in dieses Konzept integrierbar. Das hier vorzustellende Konzept ist parallel zu einem gestuften Bildungskonzept pflegeberuflicher Bildung anzuwenden. Hier erscheint insbesondere dasjenige des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe zu diskutieren (DBR Hrsg., 2007, 2010), auf das an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird. Zudem bestehen Parallelitäten zu einem möglichen konsekutiven Bildungskonzept für die diagnostisch-technischen Berufe in der Medizin, wie es Kachler und Behrens (2005) stellvertretend als Vorschlag des Deutschen Verbandes Technischer Assistenten in der Medizin (dvta) vorstellten. Die drei Konzepte rekurrieren auf die in Kap. 2.3.3 aufgezeigten Leitprinzipien zur Gestaltung von Berufsbildungsprozessen und berücksichtigen, dass Neuausrichtungen der Qualifizierungen an europäischen Standards zu orientieren sind (s. ebd.).



¹⁾ Möglichkeit des ausbildungsinTEGRierten Erwerbs der Hochschulzugangsberechtigung

²⁾ staatl. anerk.: staatlich anerkannte Berufsqualifizierung mit Berufszulassung (i. S. eines Heilberufs bzw. Gesundheitsfachberufs)

³⁾ BSc (Hons): Bachelor of Science (Honours Degree) als erster akademischer Grad einschließlich Heilberufszulassung

Abb. 28: Konsekutives Bildungskonzept für medizinisch-technische Berufe im perioperativen Handlungsfeld
(Darstellung auf der Basis von Meifort, 2004; Kachler und Behrens, 2005; DBR Hrsg., 2007, 2010)

Vorbemerkend ist auf die unterschiedlichen Lernvoraussetzungen der zukünftigen und bereits vorhandenen Berufsangehörigen zu verweisen. Das verbreitete Anliegen, das Bildungsniveau anzuheben, die Akademisierung und die Kompetenzerweiterung der Gesundheitsberufe zu befördern, ist nachvollziehbar und begründet. Dabei muss jedoch auch beachtet werden, dass nicht alle Berufsangehörigen gesundheitsbezogener Bildungsgänge Ziele auf demselben Niveau erreichen wollen und können. Es sind und bleiben Bildungsangebote auf unterschiedlichen Niveaus erforderlich, die auf die späteren Aufgabenprofile abzustimmen sind (Darmann, 2006). Es geht um die Konstruktion von Ausbildungsmodellen, die unterschiedliche Bildungsstufen berücksichtigen und dabei horizontale, diagonale und vertikale Durchlässigkeit gewährleisten, indem sie i. S. des Lebenslangen Lernens Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten mitbedenken (Meifort, 2004; Landenberger, 2005; Darmann, 2006).

Das gestufte (= konsekutive) Bildungskonzept für das perioperative, medizinisch-technische Handlungsfeld (s. Abb. 28) setzt am Prinzip einer ersten generalistischen Phase an. Gemeint ist eine breite Grundausbildung i. S. eines Entwicklungsoffenen Kernberufs (Kurtz, 2005) bzw. einer Sockel-/Basis-Qualifizierung (Meifort, 2004). Diese Phase könnte mit einem ersten berufsqualifizierenden „Helper“-Abschluss enden. Orientierung gebendes Qualifikationsprofil hierfür könnte z. B. das der britischen „Operating Department Practitioners (ODPs)“ sein. ODPs erbringen unter Aufsicht von Fachpersonal unterstützende bzw. „Helper“-Aufgaben sowohl für den Anästhesie- als auch für den OP-Funktionsdienst (s. Kap. 2.2.4).

Im zweiten Ausbildungsabschnitt schließt, i. S. einer Differenzierungsphase, eine sektorale Trennung der Ausbildung in eine berufsspezifische Fachbildung an. Sie dient der Vermittlung fachspezifischer Standards, entweder für den Anästhesie- oder für den OP-Funktionsdienst (bzw. ggf. für einen weiteren Einsatzbereich). Es ist vorstellbar, dass auch in dieser Phase eine Reihe von Modulen fachrichtungsübergreifend angeboten werden können. Dieser Ausbildungsabschnitt endet mit einem berufszulassenden Abschluss auf dem Niveau und mit der Regelungspraxis eines Gesundheitsfachberufs (s. Kap. 2.1). Er könnte im Kompetenzzuschnitt in etwa dem heutigen Profil der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) bzw. der Operationstechnischen Assistenz (OTA) entsprechen.

Unter Verlängerung der Ausbildungszeit kann, durch das Belegen von Modulen der jeweils anderen Fachrichtung, ein zweiter gleichwertiger Berufsabschluss erworben werden. D. h., es soll die Möglichkeit einer Doppelqualifizierung i. S. der „Anästhesie-Operationstechnischen Assistenz“ (A-OTA) bestehen, wie sie derzeit z. B. in den Niederlanden angeboten wird (s. Kap. 2.2.4) und wie sie sowohl ein erheblicher Teil der befragten Pflegedienstdirektoren als auch der Fachpflegenden sowie ATA- und OTA-Absolventen v. a. für kleinere Krankenhäuser für sinnvoll befanden. Damit wird zugleich der Forderung nach einer horizontalen Durchlässigkeit beruflicher Qualifikationen Rechnung getragen (s. 2.3.3).

Das Bildungskonzept greift, unter Bezugnahme auf die Leitprinzipien des lebenslangen Lernens und der horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit der beruflichen Strukturen, die Forderung nach der Anschlussfähigkeit erworbener Abschlüsse durch Fort- und Weiterbildung auf. Diese sind sowohl im sekundären Bildungsbereich, als auch im Hochschulbereich in Form von Weiterbildungsmasterprogrammen

denkbar. Durch die Modularisierung der Angebote und die Vergabe von Leistungspunkten wird Durchlässigkeit zwischen den Systemen gewährleistet (DBR Hrsg., 2010).

Fachlich vertiefende Weiterbildungsmodule/-programme könnten möglicherweise z. B. auf die Übernahme der präoperativen Patientenaufklärung (für ASA I- und II-Patienten und unter indirekter Supervision eines Facharztes für Anästhesiologie) vorbereiten. Diese Aufgabe übernehmen entsprechend qualifizierte Mitarbeiter u. a. in Großbritannien und Frankreich (Meussen et al., 2010). Zu prüfen wäre weiterhin die Tragfähigkeit von Weiterbildungsmodulen (und -programmen), etwa für die intensivierte perioperative Betreuung geriatrischer Patienten (Blommers et al., 2011) oder für die Erweiterung der perioperativen Notfallkompetenz, für die Betreuung von Patienten im Aufwachraum oder im Akut- bzw. postoperativen Schmerzdienst. Beispiele für die Umsetzung entsprechender Qualifizierungs- und Praxiskonzepte finden sich u. a. in Großbritannien und Schweden (AnIVa and SSF, 2008; Carr et al. Ed., 2010) (s. auch 2.2.4).

Zu diskutieren ist zudem auch, ob einzelne Weiterbildungsmodule und -programme von Personen mit unterschiedlichen Erstausbildungen, z. B. sowohl von ATA als auch von Pflegepersonen mit Berufserfahrung im Anästhesie-FD, gleichermaßen belegbar sein sollten.

Neben der Erstausbildung im sekundären Bildungssystem könnte – den primärqualifizierenden Pflegestudiengängen vergleichbar – eine entsprechende Qualifizierung auch für die medizinisch-technischen Berufe für das perioperative Handlungsfeld an Hochschulen erfolgen. Die Erstausbildung an Hochschulen führt dabei zum Erwerb eines berufzulassenden Abschluss und zu einem Bachelorabschluss als erstem akademischen Grad. Der Bachelor-Grad steht dabei für das Konzept des reflektierenden Praktikers, d. h. für die Fähigkeit, seine Tätigkeit durch wissenschaftliche Methodenkompetenz begründet ausüben und fortentwickeln zu können (Burns und Grove Hrsg., 2005; Kachler und Behrens, 2005; DBR Hrsg., 2007).

Aufbauend dient dann ein Masterstudium der wissenschaftlichen Vertiefung in einem Kernfach bzw. der Spezialisierung. Im skizzierten Konzept wird von einer vierteiligen Master-Differenzierung ausgegangen. Die erste Vertiefungsrichtung „Medical Science & Technology“ dient der fachlichen Spezialisierung für die direkte Patientenversorgung. Die Absolventen erwerben hier erweiterte Handlungskompetenzen und bereiten sich auf ein Tätigwerden i. S. von Physician Assistants in der Anästhesie oder der Chirurgie vor. Diskussionsgrundlage hierfür könnten u. a. die britischen Programme „Anaesthesia Practitioner“ und „Advanced Scrub Practitioner“ bilden (s. Kap. 2.3.3).

Die weiteren Vertiefungsrichtungen „Health Professions Education“, „Health Care Management“ sowie „Science“ bereiten auf die Übernahme berufspädagogischer Aufgaben oder von Management-, Führungs- und Querschnittsaufgaben bzw. auf den gezielten Erwerb von Forschungskompetenz vor (Kachler und Behrens, 2005). Trotz der Differenzierung der Bachelor- und Masterstudienprogramme durch (fach-)spezifische Module, sind für alle Fachrichtungen innerhalb eines gemeinsamen Rahmenplans auch gleiche Studienanteile in Form von Basismodulen definierbar.

Auf der letzten Stufe im konsekutiven Qualifikationskonzept der medizinisch-technischen Berufe im perioperativen Handlungsfeld sind schließlich fachspezifische Promotionsprogramme angesiedelt.

In die Debatte zur Weiterentwicklung der Qualifizierungswege und -profile ist u. a. auch eine Fachdiskussion zur Begriffsbildung einzubetten (s. dazu 2.1.1). Die Bezeichnung eines Fachgebiets bzw. Berufs unterliegt Veränderungen. Diese können Ausdruck des fachlichen Bewusstseins und der Veränderungen im Bereich der Aufgaben bzw. der Bemühungen zur Abgrenzung ggü. anderen Gebieten bzw. Berufen sein. Bis zu einem bestimmten Grad unterliegen sie dabei der gesetzgebenden Macht des Staates, wobei es Aufgabe der Berufspolitik ist, entsprechende exakte fachliche Benennungen zu initiieren (Kozon et al., 2010) und systematische Zuordnungen im Gefüge der Berufe vorzunehmen.

Für das hier untersuchte ATA- und zugleich auch das OTA-Konzept ist zu diskutieren, ob sie sinnvollerweise als Teilgruppe „Therapeutisch-technische Berufe in der Medizin“, gemeinsam mit den bereits so bezeichneten „Diagnostisch-technischen Berufen in der Medizin“ mit den aktuell vier Fachrichtungen Labormedizin, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin (s. 2.1.1), die Gruppe der „Medizinisch-technischen Assistenzberufe (= MTA-Berufe)“⁴⁸ bilden könnten.

6.2 Diskussion des methodischen Vorgehens

Zum Standard empirischer Forschung gehört die Einschätzung der Qualität des Forschungsprozesses, der erarbeiten Ergebnisse sowie der daraus gezogenen Schlussfolgerungen anhand von Gütekriterien, die Aussagen über deren Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit (Nachvollziehbarkeit) und Angemessenheit treffen (Bartholomeyczik, 2008). Dies erfolgt hier in Orientierung an den von Mayring (2002) beschriebenen Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung, d. h. Verfahrensdokumentation, Regelgeleitetheit, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, kommunikative und/oder konsensuelle Validierung und Triangulation. Diese Kriterien werden explizit auch im Feld berufswissenschaftlicher Forschung akzeptiert (Becker und Spöttl, 2008).

6.2.1 Methodenkritik und Begrenzungen der Ergebnisse

Hinsichtlich der Verfahrensdokumentation wurde darauf geachtet, den Gang der vorliegenden Arbeit möglichst detailliert – auch in seinen Schwächen – zu beschreiben, um ihn für den Leser nachvollziehbar zu machen (s. Kap. 4). Es soll erkennbar sein, dass sich die Untersucherin an die Evaluationsstandards der Berufsbildungs- und die Verfahrensweisen der qualitativ orientierten Forschung (s. 2.4, 4.1 & 4.2) gehalten hat, d. h. unter Explikation ihres Vorverständnisses (s. Kap. 2) das Material regelgeleitet erhoben und ausgewertet hat (s. 4.3-4.6). Bei der Interpretation der aus den vier Teiluntersuchungen gewonnenen Ergebnisse (s. 5.1-5.4) wurde versucht, diese unter Einbezug des Vorverständnisses argumentativ schlüssig und theoriegeleitet zusammenzuführen und abzusichern (s. 6.1).

Der in der qualitativ orientierten Forschung geforderten Nähe zum Gegenstand wurde u. a. dadurch zu entsprechen versucht, dass die Untersucherin die Teilnehmer der TU 1 & 4 in ihrer Lebenswelt interviewte. In allen TU wurden die Teilnehmer in der Rolle von Experten zu ihren Sichtweisen und Ein-

⁴⁸ Derzeit werden die Begriffe „Diagnostisch-technische Berufe in der Medizin“ und „Medizinisch-technische Assistenzberufe“ (= MTA-Berufe) synonym verwendet. Zur allgemeinen Problematik des „Assistenz“-Begriffs s. Kap. 2.1.1.

schätzungen befragt. Dabei wurde an einem konkreten, im Hinblick auf die aktuellen Wandlungsprozesse der Aufgabenzuschnitte sowie Ausbildungs- und Beschäftigungsstrukturen im Gesundheitssektor, relevant erkannten Thema problemzentriert angesetzt (s. Kap. 4.3 & 4.6).

Die im Rahmen qualitativ orientierter Forschung erstrebenswerte kommunikative und/oder konsensuelle Validierung zur Überprüfung und Absicherung der Gültigkeit der Ergebnisse, z. B. indem die Ergebnisse den Untersuchungsteilnehmern noch einmal vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden oder indem in die Diskussion mit anderen Forschern getreten wird, war im Rahmen dieser Untersuchung lediglich in Ansätzen realisierbar und schränkt deren Qualität ein (s. Kap. 4.3, Fußnote 26).

In der vorliegenden Untersuchung wurde innerhalb eines Mixed-Methods-Designs eine relationale und akteursbezogene Betrachtung genutzt. Mit dem gewählten Design wurde versucht, die Potenziale v. a. des qualitativen und des quantitativen Forschungsansatzes, miteinander zu verknüpfen (s. 4.2) und der Triangulation als Gütekriterium der qualitativ orientierten Forschung, Rechnung zu tragen.

Der gewählte methodische Gang der Arbeit lässt sich als theoretisch gestütztes, pragmatisches Vorgehen beschreiben (Kelle, 2006). Auf der Basis eines theoretischen Rahmens und orientiert an Alltagsgeschehnissen und -wissen verschiedener Akteursgruppen ging es darum, aus der Innenperspektive des Beschäftigungsfeldes heraus, Sichtweisen, noch unbekannte Aspekte und neue Zusammenhänge des Wandels der Qualifizierungswege in der Anästhesie(pflege) zu entdecken und zu beschreiben (Flick et al., 2007).

Die Tiefe und Reichweite der Erkenntnisse beschränkend, erwies sich u. a., dass der theoretische Rahmen und Forschungsstand nicht zu Beginn der Erarbeitung des empirischen Teils in dem im Kapitel 2 dargelegten Detaillierungsgrad ausgearbeitet war und folglich nicht umfänglich für die Konzeption der Befragungsinstrumente hinzugezogen wurde. Dies hängt mit den begrenzten Ressourcen der Durchführung des Forschungsprojekts als Einzelperson zusammen. Weitere (methodisch bedingte) Limitierungen der Erkenntnisse der Arbeit ergeben sich aus Begrenzungen innerhalb der jeweiligen Designs der vier Teiundersuchungen und aus dem, der Arbeit zugrunde liegenden, Evaluationsverständnis der Auftraggeber der Untersuchung (s. dazu 6.1.3).

Limitierungen durch begrenzte Forschungsmöglichkeiten als Einzelperson: Die Rolle der Untersucherin war davon geprägt, dass sie die Funktion eines externen Evaluators einnahm (s. Kap. 1). Aufgrund ihrer beruflichen Einbindung im Gesamtunternehmen „Universitätsklinikum Halle (Saale) und Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg“, verfügte sie jedoch über Kontextwissen, das einem gänzlich außenstehenden Evaluator nicht zugänglich gewesen wäre.

Graff (1997) betont, dass die Qualität eines solchen Wissens ein Potential für wissenschaftliche Erkenntnis bildet. Mit der Nähe zu den Phänomenen des Feldes sind aber auch Probleme verbunden, indem durch Beziehungen im Feld, gemeinsame Vergangenheitsbezüge sowie persönliche und (unternehmens-) politische Loyalitäten „spezifische Blindheiten“ provoziert werden (Flick, 2006b).

Das Entscheidende liegt folglich darin, Strategien zu etablieren, die diesem fachlich sozialisierten Bias entgegenwirken (Kruse, 2006). Dem Forscher muss es gelingen, sowohl Identifikation, als auch Distanz zum

Untersuchungsfeld und den darin agierenden Personen in den jeweiligen Arbeitsphasen herzustellen und auch wieder aufzugeben (Lamnek, 2005), um den dabei vollzogenen Perspektivenwechsel produktiv verarbeiten zu können (Heinemann, 2006). Im Bemühen dieser, für die Qualität und Glaubwürdigkeit der Arbeit unabdingbaren, Forscherrolle gerecht zu werden, memorierte die Untersucherin über den Arbeitsprozess hinweg selbststreflexiv in einem Forschungstagebuch, erstellte Beobachtungsprotokolle und Postskripte und erhielt fremdreflexive Begleitung durch die Betreuerin der Arbeit.

Grenzen innerhalb der Teiluntersuchungen: Mit der vorliegenden Arbeit sollten aus der Innenperspektive des Beschäftigungsfeldes heraus, Sichtweisen der vom Wandel der Qualifizierungswege und -profile im Anästhesie- (sowie ferner im OP-)FD unmittelbar berührter Berufsangehörigen erfasst werden. Aufgrund der kleinen Fallzahlen in den Teiluntersuchungen 1, 2 und 4 sowie der Begrenzung der Stichprobe auf die Absolventen eines einzelnen Modellprojekts (s. TU 1 & 2), sind die Ergebnisse nicht generalisierbar, was jedoch ohnehin nicht Anliegen des qualitativen Forschungsparadigmas ist (Przyborski und Wohlrb-Sahr, 2010) (s. Kap. 4.2). Gleichwohl können mit den Ergebnissen verschiedene Perspektiven (zwischen den und innerhalb der Akteursgruppen) auf den o. g. Wandlungsprozess und dabei alternative Sicht- und Denkweisen aufgezeigt werden, die z. T. die (bisher) publizierten und damit dominant wahrgenommenen „Wahrheiten“ ergänzen (Winter, 2009). Aus den Ergebnissen lassen sich so zumindest Thesen ableiten, die ggf. in größeren, möglichst repräsentativen Stichproben zu prüfen wären.

Wenngleich im Fokus der Arbeit die Qualifizierungswege und -profile für das Handlungsfeld Anästhesie standen, wurden in den TU 1 und 2 auch Absolventen der Ausbildung in der Operationstechnischen Assistenz (OTA) bzw. in der TU 4 Fachpflegende für den OP-Dienst befragt. Dies hing zunächst v. a. mit der gemeinsamen Ausbildung von ATA und OTA im Pilotprojekt zusammen. Später, bei der Konzeption und Durchführung der TU 4, sprachen auch die aus den vorangegangenen TU 1, 2 und 3 abgeleiteten Thesen, insb. zur möglichen Sinnhaftigkeit einer gemeinsamen (Grund-)Qualifizierung für den Anästhesie- und OP-Funktionsdienst dafür, neben den I&A-Fachpflegenden auch jene für den OP zu befragen.

Nicht berücksichtigt wurden in der Arbeit (aus Ressourcengründen) die Sichtweisen von Medizinern. Im Verständnis einer interdisziplinär-kooperativ zu erbringenden Gesundheitsversorgung ist dies als ein Defizit des Untersuchungsdesigns zu werten. Ggf. differente Erfahrungen und Deutungen der Mediziner im Vergleich zu den ATA- und OTA-Absolventen, den Pflegedienstdirektoren sowie den I&A- und OP-Fachpflegenden könnten die Komplementarität der Erkenntnisse erhöhen.

6.2.2 Vorschläge für weitere Untersuchungen

Der Untersuchungsgegenstand konnte mit der vorliegenden Forschungsarbeit in Ausschnitten beleuchtet werden. Ergänzende Untersuchungen sind v. a. in den im Folgenden skizzierten Richtungen anzuregen.

International-vergleichende Analysen: In der vorliegenden Arbeit war nur Raum für einen exkursorischen Blick auf die Qualifizierungswege und Kompetenzprofile für die Anästhesie(pflege) im internationalen Raum (s. 2.2.4). In Anlehnung an eine komparative Analyse der Pflegeausbildungen in Europa

(Landenberger et al., 2005) sowie ähnliche Arbeiten zu den Pflegeausbildungen international (Kollak und Pillen Hrsg., 1998) und den Ausbildungen für Lehrer in Pflegeberufen in Europa (Rennen-Allhoff und Bergmann-Tyacke, 2000), erscheint es nutzbringend, die Qualifizierung und Berufsausübung nichtärztlicher Mitarbeiter, hier insb. jener in der Anästhesie bzw. im perioperativen Handlungsfeld, in ausgewählten Ländern der systematisch-vergleichenden Analyse zu unterziehen. Dabei sind insb. Fragen zu Bildungswegen, Aufgaben- und Kompetenzspektren, Rollenverständnissen sowie zu den arbeitsteiligen Prozessen und Kommunikationsstrukturen in den Anästhesie-Teams relevant.

Wenn bei der Suche nach internationalen Vorbildern – hier für die Weiterentwicklung der Qualifizierungsprofile für den Anästhesie-FD bzw. umfassender für die perioperative Versorgung – die spezifischen Besonderheiten der nationalen Systeme mit ihren je eigenen Stärken und Schwächen berücksichtigt werden (Kollak, 1998) und wenn keine übereilten, vereinfachenden Vergleiche gezogen und individuelle Erfahrungen in unzulässiger Weise verallgemeinert werden, dann sind aus einer vergleichenden Länderübersicht „Lehren“ für Deutschland ableitbar (Dielmann, 1998; Kollak, 1998; Lauterbach, 2006).

Bedarf an systematischer Implementierungsforschung: Ein Neuzuschnitt von Aufgaben und Handlungsfeldern (hier im Krankenhaus bzw. in den Funktionsdiensten), einschließlich der Schaffung effektiverer und effizienterer Strukturen der multiprofessionellen Kooperation und Delegation, erscheint ökonomisch gefordert und rechtlich prinzipiell regelbar (DPR, 2006, SVR, 2007). Er erscheint, unter der Voraussetzung entsprechender Qualifikationen, fachlich möglich und hinsichtlich einer stärkeren Orientierung der Angebote am Versorgungsbedarf Erfolg versprechend (SVR, 2007, Isfort und Weidner, 2009). Aufmerksam sollte dabei eine, bislang kaum stattfindende, Implementierungsforschung verfolgen, wie sich die Tätigkeitsfelder entwickeln und welche Qualität durch verschiedene Leistungserbringer und Formen der Arbeitsteilung erreicht wird (SVR, 2007).

Dabei besteht für die Beantwortung einer Vielzahl von Detailfragen umfangreicher (Implementierungs-) Forschungs- und Evaluierungsbedarf (SVR, 2007; Stemmer und Böhme, 2008; Isfort und Weidner, 2009; Steinbach-Thormählen, 2011). So fehlt bisher z. B. die abschließende Beurteilung der in anderen Ländern durchaus üblichen „Parallelnarkose“ (DGAI und BDAI, 2007a) im Hinblick auf ihre Vertretbarkeit für die Patientensicherheit (s. 2.2.4).

Vertiefende (Längsschnitt-)Untersuchungen zu den neuen Berufsbildern & Berufsbiografieforschung: Im Rahmen der Arbeit war es möglich, in den einzelnen TU Einschätzungen aus der Binnenperspektive des Berufsfeldes zu sammeln (s. 5.1 & 5.4). Da Alltagsgeschehnisse und -wissen von widersprüchlichen und sich verändernden Bedeutungen geprägt sind (Winter, 2009), wären Wiederholungsbefragungen mit jetzt größerem Zeitabstand zum ATA-Pilotprojekt interessant. Hier wäre z. B. zu eruieren, ob sich an den Einschätzungen Veränderungen ergeben haben. In einer wiederholenden Untersuchung könnte Widersprüchlichkeiten und Anmerkungen, die sich in den bereits durchgeführten Befragungen ergaben und die dabei nicht in jedem Fall thematisiert wurden, vertiefend nachgegangen werden.

Eine zentrale Forschungsfrage könnte dabei auch sein, wie ATA, aber auch OTA und Absolventen vergleichbarer funktionaler Berufsbilder, angesichts des ungeklärten rechtlichen Status ihrer Qualifikation und der damit möglichen Statuspassage „Nicht-Anerkennung, eingeschränkte Weiterqualifizierungsmöglichkeiten und ggf. auch Ausscheiden aus dem Handlungsfeld“ erwerbsbiografische Sicherheit in Form einer Planbarkeit, Vorhersehbarkeit oder Erwartbarkeit ihres weiteren Erwerbsverlaufs herstellen. Welche Strategien verfolgen sie hierzu und welche Dimensionen lassen sich hierbei unterscheiden?⁴⁹

Derzeit gibt es mehr Spekulationen als Fakten über die Wege und den Verbleib von Pflege- und anderen Gesundheitsfachberufsangehörigen. Auch in dieser Arbeit konnten über das Outcome der Ausbildung(en) lediglich Annahmen geäußert werden. Um dazu verlässliche Erkenntnisse zu erhalten, sind Längsschnittstudien angezeigt, die berufliche Werdegänge über mehrere Jahre nachzeichnen, ähnlich wie sie z. B. in den 1990er Jahren für den Altenpflegeberuf durchgeführt wurden (Becker und Meifort, 1997, 1998). Durch solche Untersuchungen könn(t)en empirische Belege über den Prozess der Berufseinmündung, des -verbleibs, der Qualifikationserfordernisse und ggf. des Berufswechsels oder -ausstiegs erbracht werden.

Der Wandel etablierter Berufe, die Konstituierung neuer Qualifikationsprofile und der Neuzuschnitt von Handlungsfeldern sind auch mit unpopulären Aspekten der Weiterentwicklung und des Selbstverständnisses etablierter Berufe verbunden. Das betrifft v. a. die Pflegeberufe (Stemmer und Böhme, 2008; Benner et al., 2010; Hülksen-Giesler, 2010b), aus denen viele der neuen Qualifikationsprofile hervorgehen und dabei „Pflege“ selbst auf einen „Rumpfberuf“ hin zu beschneiden scheinen (Benner et al., 2010). Damit verbunden ist aus berufssoziologischer Sicht relevant zu untersuchen, wie sich in diesen Wandlungsprozessen Wertvorstellungen, Überzeugungen, Rollenbilder und Aufgabenverständnisse, z. B. insb. von Pflegenden, aber gleichermaßen etwa auch von Medizinern, sowie davon beeinflusst die Art und Weise ihres Handelns in den interdisziplinären Teamstrukturen verändern. Aus den Ergebnissen könnten Rückschlüsse in Bezug auf die Qualität(sverbesserung) der Patientenversorgung gezogen werden.

Bedarf an systematischer und unabhängiger (Gesundheitsberufs-)Bildungsforschung: Die befragten Fachpflegenden definieren ihre Tätigkeit nicht eindeutig als originäres Pflegehandeln, halten dennoch Personen mit einem pflegerischen Werdegang hierfür besonders geeignet und befürchten durch das Handeln von Personen mit anderen Voraussetzungen negative Auswirkungen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Qualität der Patientenversorgung (s. Kap. 5.4.3).

Dies wirft zum einen die Frage auf, ob und wie sich das Handeln der unterschiedlich qualifizierten Personen tatsächlich unterscheidet, welche Auswirkungen dies ggf. für die Versorgungspraxis hat und wie damit in der klinischen Praxis in der Arbeitsprozessgestaltung umzugehen ist. Zum anderen stellt sich die Frage nach den geeigneten Lerngegenständen und Methoden für die Anbahnung und Herausbildung der für das jeweilige Feld notwendigen Handlungskompetenz.

⁴⁹ Forschungsidee in Anlehnung an eine Untersuchung zur Erarbeitung einer Typologie erwerbsbiographischer Sicherheitskonzepte am Beispiel studierter Zeit-Offiziere vor der Statuspassage „Ausscheiden aus der Bundeswehr“ (Jakob, 2000, zit. nach drs. 2001).

In Bezug auf die Lerngegenstände greift dabei z. B. ein Vergleich der aufgelisteten Inhalte unterschiedlicher Bildungsgänge – hier der I&A-Fachweiterbildung und der ATA-Ausbildung (s. Anhang A) – zu kurz, um sagen zu können, welcher Bildungsweg besser auf die zu bewältigenden Aufgaben vorbereitet. Solch ein Vergleich vernachlässigt u. a. die Frage, welche Personen mit welchen Lernvoraussetzungen und lernbiografischen Prägungen zu was befähigt werden sollen (Darmann, 2006).

Dazu, wie Lernprozesse im Berufsfeld Gesundheit und Pflege bzw. hier konkret in den Funktionsdiensten, möglichst wirksam gestaltet werden können, besteht Forschungsbedarf (Kaiser, 2005b). Dieser betrifft einerseits die Bestimmung von Ausbildungsinhalten und anderseits die Wahl geeigneter didaktisch-methodischer Entscheidungen. Ausgangsfragen sind dabei v. a. jene danach, was die wahrscheinlichen Entwicklungen sind, mit denen die Gesundheitsfachberufe konfrontiert sein werden und worin und wie demzufolge ausgebildet werden muss, damit die Absolventen den Ansprüchen an die Praxis (der Zukunft) genügen können (Careum Hrsg., 2007).

Zum Ersten werden dabei empirische Analysen realer beruflicher Handlungs- und Problemsituationen in den einzelnen Tätigkeitsfeldern benötigt. Diese sollten idealerweise so angelegt sein, dass sie v. a. auch das implizite Wissen der Berufsangehörigen (mit unterschiedlichen Voraussetzungen, Qualifikationswegen und Erfahrungsschatz) untersuchen, da dieses im beruflichen Können in besonderer Weise seinen Niederschlag findet (Benner, 1996; Schwarz-Govaers, 2005; Rauner, 2010).

Zum Zweiten sind verstärkt empirische Untersuchungen zu den Wirkgefügen von Lehren und Lernen beruflichen Handelns in den Gesundheitsfachberufen notwendig (Ironside and Diekelmann, 2002; Tanner, 2004; Darmann-Finck und Foth, 2011). Sie stellen bisher die Ausnahme dar (z. B. Fichtmüller und Walter, 2007). Folglich mangelt es an empirisch fundierten und (weiter-)entwickelten fachdidaktischen Modellen, die sich wiederum mit einer systematisch-begründeten Methodenwahl für die Lernprozessgestaltung verknüpfen lassen sollten (Darmann, 2006).

Bei der Konzipierung zukünftiger Berufs(aus)bildungskonzepte bzw. deren Weiterentwicklung – wie sie hier für ATA und OTA – angedacht ist (s. 2.2.5), sind den berufs-, wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Interessen, ein modernes Berufsbildungsverständnis, einschließlich aktueller berufsbildungstheoretischer Bezugspunkte, entgegenzusetzen (s. 2.3.1-2.3.3).

Hinsichtlich der modellhaften Erprobung des ATA-Qualifikationsprofils wurde literaturgestützt deutlich und durch die Angaben der Befragten bestätigt, dass dieses hinter dem o. g. Anspruch und den damit verbundenen Leitprinzipien zur Bildungsprozessgestaltung zurückbleibt (s. 2.3.3).

Die Ursachen hierfür sind multifaktoriell. Sie hängen u. a. mit der Verankerung der Ausbildung vieler Gesundheitsfachberufe, wie hier auch der noch nicht staatlich anerkannten ATA und OTA, an den Schulen des Gesundheitswesens zusammen, die notwendigerweise mit Krankenhäusern verbunden sind (KHG, 1991) (s. 2.1.2). Dadurch haben die Bedarfe und Interessen der Krankenhäuser unmittelbaren Einfluss auf die Ausbildungen bzw. hier auf die Konzeption und Umsetzung neuer Qualifikationsprogramme. So ist es nicht verwunderlich, wenn bzw. dass bei (vermeintlich) ungünstigen Rahmenbedingungen, die Interessen der Krankenhäuser als Ausbildungsträger unmittelbar auf die Qualifikationsverwertung ab-

stellen und die Lehrgänge nicht in jedem Fall konsequent förderlich i. S. eines (Berufs-)Bildungsprozesses angelegt und/oder umgesetzt werden (Sieger, 2001; Dieterich und Kreißl, 2010) (s. 2.1.2 & 2.3.2).

Der eben genannte Umstand, die aus den Untersuchungsergebnissen abgeleiteten Hinweise für die Weiterentwicklung der ATA- (und OTA-)Ausbildung und für nachfolgende Modellprojekte (s. 6.1.3) sowie die aufgezeigten weiterführenden Forschungsperspektiven (s. 6.2.2), verdeutlichen den Bedarf an einem Auf- und Ausbau unabhängiger Bildungs- und Sozialisationsforschung in den Gesundheitsfachberufen (Darmann-Finck und Foth, 2011) sowie an einer gesetzlich verpflichtenden, unabhängigen und strukturierten Evaluationsforschung (Dielmann, 2009b) (s. Kap. 2.4).

Diese Forschung sollte interdisziplinär angelegt sein und dabei soziologische, psychologische und erziehungswissenschaftliche Kenntnisse mit denen der Gesundheits- und Pflegewissenschaften verknüpfen (Darmann-Finck und Foth, 2011). Mittels eines breiten Methodenrepertoires kann sie dazu beitragen, Risiken von Innovationen, die etwa in Modellprojekten erprobt werden, zu reduzieren und deren Nutzen anschlussfähig zu verbreiten (Diekelmann and Ironside, 2002; Dielmann, 2009b).

Das dahingehend derzeit bestehende Defizit könnte möglicherweise am besten durch die Einrichtung eines Arbeitsschwerpunktes „Gesundheitsberufsbildungsforschung“ in einer staatlichen Institution auf Bundesebene angegangen werden. Auftrag dieser Institution sollte es zugleich sein, vergleichbar den Aufgaben des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) für die nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG, 2005) geregelten Berufe, Inhalte und Ziele mindestens der nach Art. 19, Abs. 74 GG geregelten Gesundheitsfachberufe zu ermitteln, materielle Grundlagen für deren Anerkennung und Aufhebung sowie für den Erlass ihrer Ausbildungsordnungen zu schaffen (s. Kap. 2.3.2, Fußnote 21).

7 Zusammenfassung

„Alles ist möglich bei den Gesundheitsberufen, die Frage ist aber, was sinnvoll ist.“ (Dielmann, 2004b)

Diese Frage lässt sich nicht allein aus berufsständischer Sicht beantworten. Berufe sind stets in ihrer historischen Entwicklung, im Kontext des hiesigen Gesundheits- und Berufsbildungssystems (ebd.) sowie mit reflektiertem Blick auf andere Systeme zu betrachten und weiterzuentwickeln. Bei allen Überlegungen zur Neustrukturierung von Aus- und Weiterbildungen muss berücksichtigt werden, welche Aufgaben (heute und zukünftig) von den Beschäftigten im jeweiligen Handlungsfeld zu erfüllen sind. Sämtliche Konzepte müssen sich dabei einerseits an einem zeitgemäßen (Berufs-)Bildungsverständnis messen lassen und daran, inwieweit sie die patientenbezogene Versorgungsqualität unter Berücksichtigung von Effektivität und Effizienz und Mitarbeiterorientierung sichern können (Ulrich, 2006; Dielmann, 2004b, 2009b).

In der vorliegenden Arbeit wurde der derzeitige Stand der neuen Ausbildung im Beruf „Anästhesie-technische Assistenz (ATA)“ beschrieben. Dies geschah mit Bezug auf die ersten im Rahmen eines Pilotprojekts gemeinsam mit OTA qualifizierten ATA in Deutschland sowie mit Bezug zur etablierten Fach-

weiterbildung für „Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“. Zur Einordnung und Interpretation der Befunde wurden Aspekte des allgemeinen Wandels der Gesundheitsfachberufe und ihrer Beschäftigungsstrukturen und -bedingungen (v. a. im Krankenhaussektor) sowie berufsbildungstheoretische Aspekte berücksichtigt. Zusammenfassend und schlussfolgernd wurde die These abgeleitet, dass beide bestehenden Qualifikationen, d. h. sowohl eine grundständige, medizinisch-technisch orientierte Ausbildung als auch die fachlich-vertiefende Weiterqualifizierung von Pflegenden, für das hier interessierende Handlungsfeld zukunftsfähig sein können. Voraussetzung dafür sind Modifizierungen in der inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung der derzeit angebotenen ATA-Ausbildung und I&A-Fachweiterbildung.

Orientierung für die Weiterentwicklung der derzeit bestehenden Qualifikationsprofile und -wege für den Anästhesie-Funktionsdienst kann dabei der aus dem theoretischen Vorwissen und den Untersuchungsergebnissen abgeleitete Diskussionsvorschlag für ein „Konsekutives Bildungskonzept für medizinisch-technische Berufe im perioperativen Handlungsfeld“ bieten.

Die vorliegende Arbeit kann den Diskurs zur Gestaltung zukunftsfähiger Gesundheitsberufsprofile um empirisch erarbeitete Erkenntnisse bereichern. Dabei ist notwendigerweise auf deren, v. a. methodisch begründete, begrenzte Reichweite zu verweisen sowie auf die ausstehende Klärung einer ganzen Reihe von (Forschungs-)Fragen. Für die Bearbeitung dieser Fragen erscheint am ehesten eine, derzeit nicht systematisch stattfindende, Berufsbildungsforschung und -steuerung auf Bundesebene geeignet. Ohne diese erscheint eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung zur strategischen Planung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufsbildung unmöglich.

Literaturverzeichnis

- AANA (American Association of Nurse Anaesthetists) (Ed.): Quality of Care in Anaesthesia. Synopsis of Published Information Comparing Certified Registered Nurse Anesthetist and Anesthesiologist Patient Outcomes. AANA, Illinois, 2009, <http://www.aana.com/practicedocuments.aspx> > "Quality of Care in Anesthesia" [Stand 27.08.2011].
- Abenstein JP, Warner MA (1996) Anesthesia Providers, Patient Outcomes, and Costs. *Anesth Analg* 82:1273-1283.
- Adam H (2005) Die Fortbildung zum Medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAFA) aus pflegerischer Sicht. *intensiv* 13:209-210.
- Adams D, Miller BK (2001) Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *J Prof Nurs* 17:203-210.
- Adenauer S (2004): Die (Re)Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter in den Arbeitsprozess. *Angewandte Arbeitswissenschaft* Nr. 181:1-18.
- Afentakis A, Maier T (2010) Projektionen des Personalbedarf und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* o. Jg. (Heft 11/2010):990-1002.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288:1987-1993.
- Albert M (1999) Professionalisierungsverständnis von Studierenden der Pflegepädagogik. *Printernet* 1:318-329.
- Allaouchiche B, Duflo F, Debon R, Bergeret A, Chassard D (2002) Noise in the postanaesthesia care unit. *Br J Anaesth* 88:369-373.
- Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U (2007) Postoperative recovery: a concept analysis. *JAN* 58:552-558.
- Alves SL (2005) A study of occupational stress, scope of practice, and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team settings. *AANA Journal* 73:443-452.
- Andreas M (2008) Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal. *A&I* 49:593-601.
- AnIVA, SSF (Riksföreningen för anestesi och intensivvård, Svensk sjuksköterskeförening): Description of competence for registered nurse with graduate diploma in specialist nursing – Anaesthesia care. SSF, Stockholm, 2008. <http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/Anestesiengelska.pdf> [Stand 31.07.2011].
- Arakelian E, Gunningberg L, Larsson J (2008) Job satisfaction or production? How staff and leadership understand operating room efficiency: a qualitative study. *Acta Anaesthesiol Scand* 52:1423-1428.
- Arbous M, Meursing, AEE, van Kleef JW, de Lange JJ, Spoormans HHAJM, Touw P, Werner FM, Grobbee DE (2005) Impact of Anesthesia Management Characteristics on Severe Morbidity and Mortality. *Anesthesiology* 102:257-268.
- Arnold R: Berufsbildung. In: Arnold R, Nolda S, Nuissl E (Hrsg.): *Wörterbuch Erwachsenenbildung*. UTB, Stuttgart, 2010, S. 36-38.
- Arnold R, Nolda S, Nuissl E (Hrsg.): *Wörterbuch Erwachsenenbildung*. UTB, Stuttgart, 2010.
- Bachstein E (2005) Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. *Pflege aktuell* 59:544-547.
- Bader R: Arbeits- und erfahrungsorientiertes Lernen in berufsbildenden Schulen. In: Dehnboestel P, Novak H (Hrsg.): *Arbeits- und erfahrungsorientierte Lernkonzepte*. Bertelsmann, Bielefeld, 2000, S. 11-23.
- BAG ATA (Bundesarbeitsgemeinschaft Anästhesietechnische Assistenz) (2008): Normative Grundlagen zur Ausbildung und Prüfung von Anästhesietechnischen Assistenten vom 18.11.2008, unveröffentlicht.
- BAG ATA (Bundesarbeitsgemeinschaft Anästhesietechnische Assistenz) (2011a): Protokoll des 13. Arbeitstreffens am 08.06.2011. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, unveröffentlicht.
- BAG ATA (Bundesarbeitsgemeinschaft Anästhesietechnische Assistenz) (2011b): Protokoll des 14. Arbeitstreffens am 16.11.2012. Universitätsklinikum Halle (Saale), unveröffentlicht.
- BAG FD im DBfK (Bundesarbeitsgemeinschaft Funktionsdienste im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe): Positionspapier der BAG Funktionsdienste im DBfK – Pflege im Funktionsdienst am Limit. DBfK, Berlin, 2009, <http://www.dbfk.de/inhalte/BAG-FD-pospapier-2009-03-07-final.pdf> [Stand 18.07.2011].
- BÄK (Bundesärztekammer): Eckpunkte zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung > *Commun trunk*. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2784.2805.2813> [Stand 25.09.2011].
- BALK, DGF, VPU (Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V., Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V., Verband der Pflegedirektoren der Unikliniken): Gemeinsame Presseerklärung: Expertinnen und Experten am OP-Tisch – Doch noch immer keine staatliche Anerkennung der OTA's. Berlin, 05. Juli 2011, http://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Gemeinsame-Pressemeldung-der-Verbände-BALK-DGF-und-VPU_110705_out.pdf [Stand 19.07.2011].
- Bals, T: Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze. Leuchtturm, Alsbach/Bergstraße, 1993.

- Bals T: Früherkennung neuer beruflicher Entwicklungen im Berufsfeld Gesundheit – Soziales – Erziehung. In: Meifort B, Becker W (Hrsg.): Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB 43. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, 1999, S. 9-17.
- Bals T (Hrsg.): Wege zur Ausbildungsqualität. Stand und Perspektiven in den Gesundheitsfachberufen. Eusl, Paderborn, 2009.
- Bals T, Grunau J, Unger A: Qualitätsentwicklung an Schulen des Gesundheitswesens. Kriterien, Indikatoren, Standards. 2010 (Tagungsunterlage zur Abschlussveranstaltung des Projekts „AQiG Reloaded“), 29.06.2010, Robert Bosch Stiftung, Berlin.
- Bals T, Grunau J, Unger A (Hrsg.): Qualitätsentwicklung an Schulen des Gesundheitswesens. Eine theoretische und praktischen Handreichung. Eusl, Paderborn, 2011.
- Balsing R (2008) Modularisierung – neue Ausbildungswege in der beruflichen Bildung der Gesundheits- und Krankenpflege am Beispiel der Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege und Operationspflege. Pflegewissenschaft 10:9-15.
- Balzer S, Kühme B: Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. Mabuse, Frankfurt a. M., 2009.
- Bartholomeyczik S: Zum Gegenstand beruflicher Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.): Pflege und Gesellschaft. Sonderausgabe: Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Mabuse, Frankfurt a. M., 2003, S. 7-12.
- Bartholomeyczik S (2007) Editorial zum Schwerpunkttheft Pflege und Strukturveränderungen im Gesundheitswesen. P&G 12:99-100.
- Bartholomeyczik S, Linhart M, Mayer H, Mayer H: Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. Urban & Fischer bei Elsevier sowie Facultas, München sowie Wien, 2008.
- Bassauer D: 30 Jahre Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. – 40 Jahre Fachweiterbildung in Deutschland – 150 Jahre Narkoseschwestern. Festvortrag zum 2. Europäischen Anästhesiepflegekongress in Weimar. DGF, Berlin, 2005, http://www.dgf-online.de/wDeutsch/ueber_uns/Chronik.php?navanchor=2110009 [Stand: 30.01.2011].
- BBiG (2005) – Berufsbildungsgesetz vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 90 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bbig_2005/gesamt.pdf [Stand 30.08.2011].
- BDA (Berufsverband Deutscher Anästhesisten (Hrsg.) (1989): Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie. Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. A&I 30:56-57.
- Beck U, Brater M: Die soziale Konstitution der Berufe. Materialien zu einer subjektbezogenen Theorie der Berufe. Aspekte-Verlag, Frankfurt a. M., 1977.
- Beck U, Brater M, Daheim H: Soziologie der Arbeit und Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse. Rowohlt, Reinbek, 1980.
- Becker W (2000) Taugt Weiterbildung zur beruflichen Entwicklungsplanung? Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales. BWP 39, Heft 5:10-14.
- Becker W: Gesundheits- und Sozialberufe – wissen wir genug, um über berufliche Reformen reden zu können? In: Becker W, Meifort B (Hrsg.): Gesundheitsberufe: Alles „Pflege“ – oder was? Personenbezogene Dienstleistungsberufe. Bertelsmann, Bielefeld, 2002, S. 13-49.
- Becker M (Mitarbeit: Labuzay I, Kownatka C): Optimistisch altern! Theoretische Grundlagen und empirische Befunde demografiefester Personalarbeit für altersgemischte Belegschaften. Hampp, Mering, 2008.
- Becker A, Beck U (2010) Krankenhausfinanzierung – Personalausstattung und Ergebnisqualität. Schw Pfl 49:74-79.
- Becker W, Meifort B: Altenpflege – Eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Teil 1). Bertelsmann, Bielefeld, 1997.
- Becker W, Meifort B: Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Teil 2). Bertelsmann, Bielefeld, 1998.
- Becker W, Meifort B: Berufliche Bildung für Gesundheitsberufe: Arbeitsprozessorientierte Curriculumentwicklung als Weg aus der Qualifikationsnische. In: Pätzold G, Rauner F (Hrsg.): Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung. Steiner, Stuttgart, 2006, 151-166.
- Becker M, Spöttl G: Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis. Lang, Frankfurt a. M., 2008.
- Behrens J, Horbach A, Müller R: Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz. http://www.masgff.rlp.de/uploads/media/Bericht_Nr._12_Studie_Verweildauer_2009.pdf [Stand 22.07.2011].

- Bell DM, Halliburton JR, Preston JC (2004) An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. *AANA Journal* 72:211-217.
- Benner P: Stufen zur Pflegekompetenz: From novice to expert. Huber, Bern, 1996.
- Benner H: Ausbildungsberuf. In: Lenzen D (Hrsg.): *Pädagogische Grundbegriffe – Band 1*. Rowohlt, Reinbek, 2001, S. 101-108.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L: *Educating Nurses. A Call for Radical Transformation*. Jossey-Bass, San Francisco, 2010.
- Besendorfer A (2002) Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. *Pflege* 15: 301-308.
- Beywl W: Evaluationsmodelle und qualitative Methoden. In: Flick U (Hrsg.): *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen*. Rowohlt, Reinbek, 2006, S. 92-116.
- BIBB (Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung): Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur Berufsausbildung in Gesundheitsberufen. BAnz 59/1996, BIBB, Bonn, 1996. http://www.bibb.de/dokumente/pdf/empfehlung_095-berufsausbildung_in_gesundheitsberufen_123.pdf [Stand 18.07.2011].
- Bischoff-Wanner C, Reiber K: Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreform. Juventa, Weinheim, 2008.
- Blättner B, Michelsen K, Sichting J, Stegmüller K: Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden, 2004, http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd42.pdf;jsessionid=462C6C28F8D471F00C04B9F3F6E24D0D.2_cid135?__blob=publicationFile&v=4 [Stand 18.07.2011].
- Blobner M, Knoch E (2003) Anästhesie heute. *AINS* 38:241-254.
- Blommers E, Klimek M, Hartholt KA, van der Cammen TJM, Klein J, Noordzij PG (2011) Perioperative care of the older patient. *Z Gerontol Geriat* 44:187-191.
- Blum K, Grohmann J: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Deutsches Krankenhaus Institut e.V., Düsseldorf, 2009, <http://www.dki.de/PDF/Gutachten-Heilberufe.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Blum K, Löffler S: Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2010, http://www.dki.de/PDF/Langfassung_Aerztemangel.pdf [Stand 24.07.2011].
- Blum K, Offermanns M, Schilz P: Krankenhaus Barometer Umfrage 2006. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2006, <http://dkg.digramm.com/pdf/1475.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Blum K, Offermanns M, Perner P: Krankenhaus Barometer Umfrage 2007. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2007, <http://www.dkgev.de/pdf/2075.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Blum K, Offermanns M, Perner P: Krankenhaus Barometer Umfrage 2008. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2008, <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202008.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Blum K, Offermanns M: Krankenhaus Barometer Umfrage 2009. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2009, <http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202009.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P: Krankenhaus Barometer Umfrage 2011. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2011, <http://www.dki.de/PDF/Krankenhaus%20Barometer%202011.pdf> [Stand 26.12.2011].
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hrsg.): *Die Reform der beruflichen Bildung – Berufsbildungsgesetz 2005. 2., überarb. Aufl.* BMBF, Bonn, Berlin, 2005.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. BMFSFJ, Berlin, 2008, http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/PiB_Abschlussbericht.pdf [Stand 18.07.2011].
- Böhme H (1999) OTA-Ausbildung ist keine Schmalspurausbildung: Gutachten zur Rechtsstellung der OTA im Vergleich zu Krankenpflegekräften, insbesondere mit der Weiterbildung zur OP-Fachkraft. *Schw Pfl* 38:420-427.
- Böhme H: Rechtsgutachten im Auftrag des OTA-Schulträgerverbandes zum Thema „Staatliche Regelung für die OTA-Ausbildung“. Institut für Gesundheitsrecht und -politik, Mössingen, 29. November 2003, http://www.ota.de/Home/Ausbildung OTA/Rechtsgutachten.htm?Menue=menue_home&Knoten=10_15. [Stand 18.07.2011].
- Böhme A (2006) Anästhesie/Intensivfachweiterbildung und was nun? Qualifikation und berufliche Perspektiven – eine kleine Informationssammlung. *intensiv* 14:86-93.

- Boldt J (2003) Anästhesistenmangel im Krankenhaus – oder wie bekommen wir die Besten. AINS 38:384-388.
- Bollinger H: Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufsoziologischer Perspektive. In: Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen. Mabuse, Frankfurt a. M., 2005, S. 13-20.
- Booij LHDJ (2001) The future of anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 18:131-136.
- Boonen A, Darmann I (2004) Praxisnahes Lernen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege. intensiv 12:290-296.
- Borgetto B, Kälble K: Medizinsoziologie. Soziale Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Juventa, Weinheim, 2007.
- Boucsein M (2010) Neuer Studiengang verknüpft Pflegepraxis mit medizinischem Wissen. Gesundheitswirtschaft 4 (4):1-2.
- Braun B (2011) Wunsch und Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus. P&G 16:303-323.
- Braun B, Müller R (2005) Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. P&G 10:131-141.
- Braun M, Mühlhausen P, Munk JU: Berufsbildungsgesetz – Kommentierung. Schmidt, Köln, 2004.
- Braun von Reinersdorff A (2007) Strategisches Management in Gesundheitsunternehmen – von der Konzeption zur Umsetzung. Printernet 9:512-522.
- Breucking E, Reimnitz P, Schara U, Mortier W (2000) Narkosezwischenfälle. Anaesthesist 49:187-195.
- Brickwedde M (2009) Operationstechnische/r Assistent/in – ein Erfahrungsbericht. OP Impuls 3:4-5.
- Brinker-Meyendriesch E: Lernen in Theorie und Praxis. In: Schneider K, Brinker-Meyendriesch E, Schneider A (Hrsg.): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. Springer, Berlin et al., 2003, S. 195-211.
- Brüggemann M (2009) Kommen nach den OTA nun die ATA. Schw Pfl 48:594-597.
- Bühlmann J (1997) Vom Bett auf den Tisch. Eine Studie zur pflegerischen Qualitätsüberprüfung im OP. Pflege 10: 258-261.
- Bühlmann J, Käppeli S (1999) Pflegeschwerpunkte im Operationssaal. Studie zur Erfassung der Pflegeprobleme von Patientinnen und Patienten während einer Operation in Lokal-, Plexus-, Spinal- oder Peridualanästhesie. Pflege 12:238-243.
- Buik M (2004a) Anästhesiepflege – ein Paradoxum?! Anästhesie J o. Jg., Heft 2:11-13.
- Buik M (2004b) Anästhesiepflege – ein Paradoxum?! Teil II: Wo ist der richtige Platz der Anästhesiepflege in der neuen Bildungssystematik? Anästhesie J o. Jg., Heft 4:9-10.
- Bundesausschuss für Berufsbildung: Empfehlung betr. Kriterien und Verfahren für die Anerkennung und Aufhebung von Ausbildungsberufen. (Erlassdatum: 26.10.1974), Veröffentlichung in BWP (1974). http://www.bibb.de/dokumente/pdf/empfehlung_028-kriterien-verfahren_anerkennung_aufhebung_ausb_berufen_203.pdf [Stand: 16.02.2011].
- Bundesrat: Drucksache 111/09 (29.01.2009): Gesetzesantrag der Länder Nordrhein-Westfalen, Saarland: Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Bundesrat, Berlin, 2009a, http://www.bundesrat.de/nn_1934482/SharedDocs/Drucksachen/2009/0101-200/111-09;templateId=raw;property=publicationFile.pdf/111-09.pdf [Stand 18.07.2011].
- Bundesrat: Drucksache 111/09 (Beschluss) (06.03.2009): Gesetzentwurf des Bundesrates: Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Bundesrat, Berlin, 2009b, [http://www.bundesrat.de/nn_1934482/SharedDocs/Drucksachen/2009/0101-200/111-09_28B_29;templateId=raw;property=publicationFile.pdf/111-09\(B\).pdf](http://www.bundesrat.de/nn_1934482/SharedDocs/Drucksachen/2009/0101-200/111-09_28B_29;templateId=raw;property=publicationFile.pdf/111-09(B).pdf) [Stand 18.07.2011].
- Burns N, Grove SK (Hrsg.): Pflegeforschung verstehen und anwenden. Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2005.
- Burisch M: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer, Berlin et al., 2006.
- Busse T (2009a) OP-Barometer belegt große Unzufriedenheit der OP-Pflegenden. Schw Pfl 48:254-259.
- Busse T: OP-Barometer 2009. Arbeitssituation und Arbeitsumfeld der Funktionspflege im OP-Bereich. Fachhochschule, Frankfurt a. M., 2009b, http://www.fh-frankfurt.de/de/media/~busse/3m_opbarometer_pflege2009_final.pdf [Stand 18.07.2011].
- Busse T: OP-Personalreport Pflege 2010. Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht, Fachhochschule, Frankfurt a. M., 2010. http://www.fh-frankfurt.de/de/.media/~busse/oppersonalreport_2010_ergebnisse.pdf [Stand 24.07.2011].
- Cappell E: Von der Hilfspflege zur Profession: Entstehung und Entwicklung des Altenpflegeberufs. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 1996.

- Carr E, Layzell M, Christensen M (Ed.): *Advancing Nursing Practice in Pain Management*. Wiley-Blackwell, Oxford, 2010.
- Careum (Stiftung Careum) (Hrsg.): *Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe*. Stiftung Careum, Zürich, 2007.
- Clade H (2008) *Medizinische Assistenzberufe: Der Physician Assistant – ein neues Berufsbild im Krankenhaus*. Hessisches Ärzteblatt 69:26-28.
- Clergue F (2010) *Time to consider nonphysician anaesthesia providers in Europe?* Eur J Anaesth 27:761-762.
- Coe R, Gould D (2008) *Disagreement and aggression in the operating theatre*. JAN 61:609-618.
- Cohen MM, O'Brien-Pallas LL, Copplestone C, Wall R, Porter J, Rose DK (1999) *Nursing workload associated with adverse events in the postanesthesia care unit*. Anesthesiology 91:1882-1890.
- Compton F, Strauß M, Hortig T, Frey J, Hoffmann F, Zidek W, Schäfer, JH (2008) *Validität der Waterlow-Skala zur Dekubitusrisikoeinschätzung auf der Intensivstation*. Pflege 21: 37-48.
- Coomber B, Barriball KL (2007) *Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature*. Int J Nurs Stud 44:297-314.
- Creswell JW: *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd. Ed, Sage, Thousand Oaks et al., 2008.
- Dahmen KG, Albrecht DM (2001) *An approach to quality management in anaesthesia: a focus on perioperative care and outcome*. Eur J Anaesthesiol 18 (Suppl. 23):4-9.
- Darmann I: *Kommunikative Kompetenz in der Pflege*. Kohlhammer, Stuttgart, 2000.
- Darmann I (2006) *Bildungsanspruch und Strukturentwicklung. Eine Positionierung der Pflegepädagogik*. Padua 1(4): 60-65.
- Darmann I: *Interaktion im Pflegeunterricht: Begründungslinien der Interaktionistischen Pflegedidaktik*. Lang, Frankfurt a. M., 2010.
- Darmann I, Keuchel R: *Gesundheit/Pflege*. In: Rauner F (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. 2., aktual. Aufl., Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 175-180.
- Darmann-Finck I, Foth T.: *Bildungs-, Qualifikations- und Sozialisationsforschung in der Pflege*. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. (Neuausgabe). Juventa, Weinheim, 2011, S. 165-182.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (Hrsg.): *Mehr Pflege im Krankenhaus? Beobachtungen von DBfK-Mitgliedern zur Situation der Klinikpflege im Verlauf des Jahres 2009*. DBfK, Berlin, 2009, <http://www.dbfk.de/download/download/Mehr-Pflege-im-Krankenhaus.pdf> [Stand 18.07.2011].
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe): *Position des DBfK zum aktuellen Pflegepersonalmangel*. DBfK, Berlin, 2010, http://www.dbfk.de/download/download/positionspapier_web.pdf [Stand 18.07.2011].
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (Hrsg.): *Advanced Nursing Practice – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. DBfK-Eigendruck, Berlin, 2011.
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (Hrsg.): *Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe 2006*. Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2007.
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (Hrsg.): *Pflegebildung offensiv. Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege*. DBR, Berlin, 2010. [http://www.dbr_broschere_perspektiven_web\[1\].pdf](http://www.dbr_broschere_perspektiven_web[1].pdf) [Stand: 18.07.2011].
- DeCambio-Störzel U, Estermann L, Fierz-Baumann I: *Pflegeausbildung im Krankenhaus. Eine empirische Studie*. Huber, Bern, 1998.
- DeGEval (Deutsche Gesellschaft für Evaluation) (Hrsg.): *Standards für Evaluation*. 4. Aufl. DeGEval, Mainz, 2008, <http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19074> [Stand 18.07.2011].
- DEKV (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.) (Hrsg.): *Zukunftsorientierte Pflegeausbildung: Studie des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. (DEKV) zur Qualität der Ausbildung an evangelischen Pflegeschulen*. Schlütersche, Hannover, 2004.
- Demeere JL (2002) *Anaesthesia manpower in Belgium until 2020: nurse anaesthetists – a possible solution?* Eur J Anaesthesiol 19:755-759.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen 2001*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2003.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen 2002*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2005a.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen 2003*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2005b.

- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): Grunddaten der Krankenhäuser 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2005c.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): Grunddaten der Krankenhäuser 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2006.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): Grunddaten der Krankenhäuser 2006. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2007.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2008.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2009.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2011a.
- destatis (Deutsches Statistisches Bundesamt): Grunddaten der Krankenhäuser 2010. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2011b.
- Deutscher Bundestag: Drucksache 17/1223 (vom 24.03.2010): Gesetzentwurf des Bundesrates. Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. > Anlag 2: Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag, Berlin, 2010, <http://dipbt21.bundestag.de/dip21/btd/17/> [Stand 13.01.2012].
- DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft): Berufsbildungsforschung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Situation, Hauptaufgabe, Förderungsbedarf. VCA – Acta Humaniora, Weinheim, 1990.
- DGAI, BDA (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Berufsverband Deutscher Anästhesisten) (Hrsg.): Münsteraner Erklärung: Gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose. (Beschluss der Präsidien von DGAI und BDA am 19.11. bzw. 30.11.2004. Nürnberg, 2004, http://www.dgai.de/downloads/MuensteranerErklaerung_Parallelnarkose11-04.pdf [Stand 24.07.2011].
- DGAI, BDA (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Berufsverband Deutscher Anästhesisten) (Hrsg.) (2007a): Erneute gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zu Zulässigkeiten und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie (Münsteraner Erklärung II). A&I 48:223-227.
- DGAI, BDA (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Berufsverband Deutscher Anästhesisten) (Hrsg.): Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie. Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) vom 26.10.2007/08.11.2007, Nürnberg, 2007b, http://www.dgai.de/eev/EEV_20011_S_61-64.pdf [Stand 06.08.2011].
- DGAI, BDA (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Berufsverband Deutscher Anästhesisten) (Hrsg.) (2009): Empfehlungen zur Überwachung nach Anästhesieverfahren. A&I 50:485-488.
- DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.): Stellenbeschreibung Fachkrankenschwester, Fachkrankenpfleger, Fachkinderkrankenschwester, Fachkinderkrankenpfleger in der Anästhesie. DGF, Berlin, 2002a, <http://www.dgf-online.de/wDeutsch/publicationen/Stellenbeschreibung.php?navanchor=2110024> [Stand 18.07.2011].
- DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.): Tätigkeitskatalog Fachkrankenschwester, Fachkrankenpfleger, Fachkinderkrankenschwester, Fachkinderkrankenpfleger in der Anästhesie. DGF, Berlin, 2002b, <http://www.dgf-online.de/wDeutsch/publicationen/Taetigkeitskatalog.php> [Stand 18.07.2011].
- DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.): Erklärung zu Pflegequalität und Patientensicherheit im Intensivpflegebereich. DGF, Berlin, 2007a, http://wordpress.p133885.webspaceconfig.de/wp-content/uploads/DGF_Berliner_Erklaerung_April_2007.pdf [Stand 24.07.2011].
- DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.): Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) zur Gewährleistung der Patientensicherheit in deutschen OPs. DGF, Berlin, 2007b, http://wordpress.p133885.webspaceconfig.de/wp-content/uploads/DGF_Erklaerung310507.pdf [Stand 24.07.2011].
- DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.): Stell Dir vor wier operieren und keiner ist da ... – DGF-Befragung zur Personalsituation in hessischen Operationsabteilungen. DGF, Berlin, 2008, http://wordpress.p133885.webspaceconfig.de/wp-content/uploads/DGF_PM_01-08.pdf [Stand 05.08.2011].
- DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.): DGF-Fachkrankenpflegestandard. (Vorstandsbeschluss vom 01.07.2009), DGF, Berlin, 2009, http://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/DGF-Fachkrankenpflegestandard_10.07.09.pdf [Stand 18.07.2011].

- Dickelmann N, Ironside PM (2002) Developing a Science of Nursing Education: Innovation with Research. *J Nurs Educ* 41:379-380.
- Dielmann G: Zur aktuellen Situation der Krankenpflegeausbildung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. In: Kollak I, Pillen A. (Hrsg.): Pflegeausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich. Mabuse, Frankfurt a. M., 1998, S. 279-295.
- Dielmann G: Statement für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. In: Fachhochschule Fulda (Hrsg.): Akademisierung der Gesundheitsberufe. Primärqualifizierung versus Weiterbildung? Positionierung der Berufsverbände. Fachhochschule, Fulda, 2004a, S. 41-46. http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/Forschung_Praxis/papers_aus_dem_FB_PG/paper01-2006.pdf [Stand 18.07.2011].
- Dielmann G (2004b) Ausbildungsförderung: Kein vernünftiger Grund für Ausbildungsplatzabbau an Krankenpflegeschulen. In: Schw Pfl 43, Sonderbeilage zu Heft 10:17-20.
- Dielmann G (2005) Wer bildet wo wen aus? Aktuelle Ausbildungstrends in den Gesundheitsberufen. Mabuse 30, Heft 157:23-26.
- Dielmann G (2008) Wohin entwickelt sich die Pflegeausbildung? Mabuse 33, Heft 173: 37-39.
- Dielmann G (2009a) Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen: Gewerkschaftliche Positionsbestimmung. Schw Pfl 48:806-811.
- Dielmann G (2009b) Keine brauchbaren Erkenntnisse. Modellversuche zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. Mabuse 34, Heft 179:46-47.
- Dieterich J, Kreißl M: Berufliche Fachrichtung Pflege. In: Pahl JP, Herkner V. (Hrsg.): Handbuch Berufliche Fachrichtungen. Bertelsmann, Bielefeld, 2010, S. 553-566.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung und Prüfung zu Krankenschwestern, Krankenpflegern, Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpflegern für die Intensivpflege (Anästhesie/Pädiatrie) – Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 16.11.1976, zuletzt geändert am 11.05.1998. DKG, Berlin, 1998, <http://www.dkgev.de/pdf/1023.pdf> [Stand 18.07.2011].
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft): DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operations-technischen Assistentinnen/Assistenten – Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 19.09.2007. DKG, Berlin, 2007, <http://www.dkgev.de/pdf/1954.pdf> [Stand 18.07.2011].
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft): DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operations-technischen und Anästhesiotechnischen Assistentinnen/Assistenten – Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 20.09.2011. DKG, Berlin, 2011, http://www.dkgev.de/media/file/10213.DKG-Ausbildungsempfehlung-ATA-OTA_.pdf [Stand 03.01.2012].
- DKTiG (Deutsches Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH): Deutsches Krankenhausverzeichnis, 2008, <http://www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de> [Stand 01.02.2009].
- Dörge C: Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit? Mabuse, Frankfurt a. M., 2009.
- DPR (Deutscher Pflegerat): DPR-Stellungnahme für die Anhörung beim Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.08.2006 „Neue Aufgabenverteilung und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen“, Neubearbeitung am 20.09.2006. DPR, Berlin, 2006, <http://www.svr-gesundheit.de/Informationen/Anh%F6rung%20Berufsverb%E4nde/DeutscherPflegerat.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Dubb R, Bamann KP, Kaltwasser A, Ergenizer S (2006) Erfolgreiche postoperative Schmerztherapie: Nicht nur eine Frage der Medikation. Pflegezeitschrift 59:548-551.
- Dudenredaktion Hrsg.: Das Fremdwörterbuch. 9., aktual. Aufl. Dudenverlag, Mannheim, 2007.
- Dudziak R, van Aken H (2007) Arzt oder technischer Assistent? – Zur Geschichte der Beteiligung des Krankenpflegepersonals bei der Durchführung von Narkosen in der Bundesrepublik Deutschland. A&I 48:470-476.
- Ebbeke P (1998) Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im OP. Schw Pfl 37:96-102.
- Egger Halbeis CB, Cvachovec K, Scherpereel P, Mellin-Olsen J, Drobnik L, Sondore A (2007) Anaesthesia work-force in Europe. EJA 24:991-1007.
- Elisha S (2008) An Educational curriculum used to improve the knowledge and the perceptions of certified registered nurse anesthetist clinical educators. AANA Journal 76:287-292.
- Erbe B (2010) Fachpflege: OP-Schwester in nur vier Jahren. Schw Pfl 49:740-742.
- Ertl-Schmuck R: Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive. Mabuse, Frankfurt a. M., 2002.
- Ertl-Schmuck R, Fichtmüller F: Pflegedidaktik als Disziplin. Juventa, Weinheim, 2009.
- Ertl-Schmuck R, Fichtmüller F (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Juventa, Weinheim, 2010.
- ESA (European Society of Anaesthesiology) (2010) Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. Anaesthesiology 27:592-597; auch: http://www.dgai.de/aktuelles/Helsinki_Declaration.pdf [Stand 30.08.2011].

- Evans M, Scharfenort K: „Abschied von der Insel“ – Herausforderungen und Gestaltungsfelder des Personalmanagements in der Gesundheitswirtschaft. In: Matzick S (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Juventa, Weinheim, 2008, S. 27-48.
- Evers T: Kompetenzprofile der beruflichen Praxis – Methoden zur empirischen Analyse. In: Walkenhorst U, Nauerth A, Bergmann-Tyacke I, Marzinik K. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. UVW UniversitätsVerlagWebler, Bielefeld, 2009, S. 169-179.
- Evers T: Zur Konstruktion von Curricula in Gesundheitsberufen. In: Bonse-Rohmann M, Burchert H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bertelsmann, Bielefeld, 2011, S. 49-62.
- Falk J, Kerres A (Hrsg.): Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich. Juventa, Weinheim, 2003.
- Falk J, Kerres A: Lernfelder in der Pflegeausbildung. Leitfaden zur handlungsorientierten Unterrichtsgestaltung. Juventa, Weinheim, 2006.
- Falk J, Keuchel R (Hrsg.): Moderne Pflegausbildung heute. Bildungstheoretische Orientierungen und bewährte Praxisbeispiele für den Unterricht. Juventa, Weinheim, 2007.
- Faulbaum F, Prüfer P, Rexroth M: Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität. VS, Wiesbaden, 2009.
- Fichtmüller F, Walter A: Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. V&R unipress, Göttingen, 2007.
- Fleisher LA (2010) Improving Perioperative Outcomes: My Journey into Risk, Patient Preferences, Guidelines, and Performance Measures. *Anesthesiology* 112:794-801.
- Flick U: Triangulation. Eine Einführung. VS, Wiesbaden, 2004.
- Flick U: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt, Reinbek, 2006a.
- Flick U: Qualitative Evaluationsforschung zwischen Methodik und Pragmatik. In: Flick U (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Rowohlt, Reinbek, 2006b, S. 9-29.
- Flick U, von Kardorff E, Steinke I: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Aufl. Rowohlt, Reinbek, 2007, S. 13-29.
- Flieder M: Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Mabuse, Frankfurt a. M., 2002.
- Flintrop J (2007) Parallelnarkosen: HELIOS entschärft umstrittenes Konzept. *Deutsches Ärzteblatt* 104:A694-A698.
- Freese S, Hedemann I, Schmeichel H, Wilcynski MM, Wille T: Pflegerische Qualitätssicherung im OP. Standardisierte Arbeitsabläufe für den Funktionsdienst. Kohlhammer, Stuttgart, 2010.
- Friesacher H: Pflege in lebensbedrohlichen Situationen: Intensivpflege. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim, 2000, S. 417-445.
- Friesacher H (2006) Pflegeverständnis der Intensivpflege. Ein theorie- und praxisbasierter Entwurf. *intensiv* 14: 23-32.
- Gaidys U (2007) Pflegeforschung in der Anästhesie- und Intensivpflege. *intensiv* 15:242-246.
- Gebert A, Kneubühler HU: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. 2. überarb. u. erw. Aufl. Huber, Bern, 2003.
- Genzwürker H, Hinkelbein J: Fallbuch Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Thieme, Stuttgart, 2007.
- GFBWBGDVO vom 13.02.1998 – Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (GVBl. 1998, S. 77), zuletzt geändert durch Gesetz vom 07.07.2009 (GVBl. 2009, S. 265), http://rlp.juris.de/rlp/gesamt/GFBWBGDV_RP.htm [Stand 18.07.2011].
- GG (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2010 (BGBl. I S. 944) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf> [Stand 02.10.2011].
- Gidlow A, Ellis B: Advanced nursing practice and the interface with medicine in the UK. In: McGee P, Castledine G (Ed.): Advanced Nursing Practice. Blackwell, Oxford et al., 2003, pp. 157-168.
- Gieseke W: Das Forschungsarrangement Perspektivverschränkung. In: Qualitative Forschungsverfahren in Perspektivverschränkung. Dokumentation des Kolloquiums zum 60. Geburtstages von Prof. Dr. Wiltrud Gieseke am 29. Juni 2007. Erwachsenenpädagogischer Report Bd. 11, Humboldt-Universität, Berlin, 2007, S. 10-22.
- Gieseke W (2008) Bildung, Biografie und Pflege. *Printernet* 10:421-428.
- Gille G (2000) Operationsdienst – Fachweiterbildung oder technische Assistentin? *Pflege aktuell* 54:480-482.
- Gisvold SE (1996) After 150 years of anaesthesia – it is time to expand. *Acta Anaesthesiol Scand* 40:1065-1067.

- Goldschmidt A (2008) Arbeitsteilung: Neue Berufsgruppen im Krankenhaus. *f&w* 25:160-161.
- Görres S: Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Bremen, 2006, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/be-studie-zusammenfassung.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Görres S, Keuchel R, Roes M, Scheffel F, Beermann H, Krol M (Hrsg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Wissenstransfer in der Pflege. Huber, Bern, 2002.
- Gottschalk E (2003) Fächerintegratives Curriculum für die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege. intensiv 11:139-142.
- Gottschalk E (2004) Bewältigung präoperativer Angst. Teil 1 & Teil 2. intensiv 12:14-19 & 75-80.
- Graff U: Selbstevaluative Forschung in einem feministischen Projekt. In: Friebertshäuser B, Prengel A (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa, Weinheim, 1997.
- Greaves D, Harmer M, Simpson P (2006) Anaesthesia practitioners (APs). An interim statement from the college and association. RCoA-Bulletin 37:1864-1867.
- Greb U: Lernfelder fachdidaktisch interpretieren. Mabuse, Frankfurt a. M., 2008.
- Green D, Sebel PS (2006) Anaesthesia practitioners in the UK: the high road, not yet taken. *Eur J Anaesthesiol* 23: 899-901.
- Gruber P, Lysser M, Schuhwerk W: Pflege in der Anästhesie. Funktionen der Pflege und Empfehlungen für die Tätigkeiten des Anästhesiepflegepersonals. Noa, Bern, 2000.
- Grühn D: Technikinduzierte Qualifikationsveränderungen in medizinischen Assistenzberufen. In: Meifort B, Becker W, Csongár G, Kramer H, Mettin G, Podeszfa H (Hrsg.): Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau. Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 43. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin & Bonn, 1999, S. 155-165.
- Grünewald M, Nauerth A, Stolecki D, Ullrich L (2010) Aktualisierung der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung Intensivpflege und Anästhesie in Nordrhein-Westfalen. intensiv 18:304-313.
- Grunow S, Jochem J, Schofer I (2000) OTA – ein neues Berufsbild etabliert sich im Gesundheitswesen. *BWP* 29: 23-24.
- Hacker H: Lehrplan. In: Lenzen D (Hrsg): Pädagogische Grundbegriffe. Bd. 2. Rowohlt, Reinbek, 2001, S. 972-977.
- Hamric AB, Spross JA, Hanson CM: Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach. Saunders, Philadelphia, 2004.
- HAN (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen): Operatieassistent en Anesthesiemedewerker > Home opleiding. HAN, Arnhem en Nijmegen, 2011, <http://www.han.nl/opleidingen/bachelor/operatie-assistent-anesthesiemedewerker/dt/> [Stand 31.07.2011].
- Hannich HJ, Ullrich L (1984) Der Umgang mit Intensivpatienten. *Schw Pfl* 23:682-685.
- Hannich HJ, Ullrich L (1986) Psychosomatische Lehrinhalte in der Weiterbildung von Intensivpflegepersonal. *Schw Pfl* 25:377-381.
- Happach R, Schneider X (2010) Personalbindung im Intensivbereich. intensiv 18:206-209.
- Harbord A: „Bereits am Anfang an das Ende denken!“ – Evaluation von Lehr- und Lernkonzepten. In: Nussbaumer G, von Reibnitz C (Hrsg.): Innovatives Lehren und Lernen. Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen. Huber, Bern et al., 2008, S. 165-180.
- Hartog CS, Rothaug J, Goettermann A, Zimmer A, Meissner W (2010) Room for improvement: nurses' and physicians' views of a post-operative pain management program. *Acta Anaesthesiol Scand* 54:277-283.
- Hasseler M (2004) Was ist Pflege? Ohne Standortbestimmung keine Zukunft. *Pflegezeitschrift* 57:604-605.
- Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH (2003) Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. *Das Gesundheitswesen* 65:40-46.
- Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmerling A, Simon M: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund et al., 2005.
- Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK (2009) Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs* 18:2301-2310.
- Heckmair B, Teichert G (2006) Pflegedokumentation in der Anästhesie. Probleme und Lösungen. intensiv 14:15-20.
- Heidegger G: Evaluationsforschung. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 413-421.

- Heinemann L: Nähe und Distanz in der Berufsbildungsforschung. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 568-574.
- Heinz D (2004) Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. A review of current literature. *Dimens Crit Care Nurs* 23:44-50.
- Henrichs B, Rule A, Grady M, Ellis W (2002) Nurse anesthesia students' perceptions of the anesthesia patient simulator: A qualitative study. *AANA Journal* 70:219-225.
- Hesse HA: Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts. 2., überarb. Aufl. Enke, Stuttgart, 1972.
- Hilgefort AM, Debrand-Passard A, Luce-Wunderle G (Hrsg.): Klinikleitfaden OP-Pflege. München: Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2006.
- Hofbauer A (2006) Neue Berufsbezeichnung – Wie es dazu kam? *Diaetologen*, Sonderausgabe:4-7.
- Holloway I, Wheeler S: Qualitative Pflegeforschung: Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Ullstein Medical, Wiesbaden, 1997.
- Holoch E: Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen Situierten Lernens für die Pflegeausbildung. Huber, Bern, 2002.
- Höppner K; Kuhlmeier A (2009) Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. *G+G Wissenschaft* 9(2):7-14.
- Horn I, Gille G: Leitfaden zur Einführung von Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Operationsdienst. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 83. Nomos, Baden-Baden, 1997.
- Horn S, Klatthaar M (2003) Philipp braucht Narkose – pflegerische Betreuung eines Säuglings in der Anästhesie. *intensiv* 11:219-229.
- HPC (Health Professions Council) Operating department practitioner. Standards of proficiency. HPC, London, 2008, http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10000514Standards_of_Proficiency_ODP.pdf [Stand 21.08.2011].
- Hübner M, Koch T (Hrsg.): Komplikationen in der Anästhesie. Fallbeispiele, Analysen, Prävention. Springer, Berlin et al., 2009.
- Hülsken-Giesler M. (2010a) Computer in der Intensivpflege: Zur systematischen Integration einer professionalisierten Pflege in das System der Gesundheitsversorgung. *intensiv* 18:238-241.
- Hülsken-Giesler M: Modernisierungsparadoxien der beruflichen Pflege im 21. Jahrhundert. In: Kreutzer S (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. V&R unipress, Osnabrück, 2010b, S. 155-174.
- Hundenborn G (2010) Nachwuchsmangel in den Pflegeberufen. Ursachen und Konsequenzen. *Schw Pfe* 49:8-13.
- Hupfer B: Wirkungsorientierte Programmevaluation. Eine Synopse von Ansätzen und Verfahren einschlägiger Institutionen in Deutschland. Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 86. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, 2007.
- HWP (HWP Planungsgesellschaft mbH): Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, 2007, http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Studie_Krankenhaus_Langversion.pdf [Stand 18.07.2011].
- ICN (International Council of Nurses): The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse. ICN, Genf, 2008a.
- ICN (International Council of Nurses): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. ICN, Genf, 2008b.
- ICN (International Council of Nurses): Definition of Nursing. (last updated on Monday, 12 April 2010). ICN, Genf, 2010, <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> [Stand 30.07.2011].
- IFNA (International Federation of Nurse Anesthetists): About IFNA. IFNA, Genf, 2011, <http://ifna-int.org/ifna/page.php?16> [Stand 18.07.2011].
- IntMedKrPfWVO 1985 – Weiterbildungs- und PrO für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpfleger in der Intensivmedizin und Anästhesie vom 15.01.1985 (Intensivmedizin-KrankenpflegerweiterbildungsVO) (GVBl. S. 916), <http://beck-online.beck.de/default.aspx?bcid=Y-100-G-Bln57998> [Stand 18.07.2011].
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2006): Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Arbeitspapier, IQWiG, Köln, 2006, https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf [Stand 19.02.2011].
- Isfort M, Weidner F: Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte

- Pflegeforschung e.V. (dip), Köln, 2007, http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer_2007.pdf [Stand 18.07.2011].
- Isfort M, Weidner F: DRG-Einführung in der pflegewissenschaftlichen Betrachtung. In: Rau F, Roeder N, Hensen, P (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Kohlhammer, Stuttgart, 2009, S. 74-88.
- Jakob A (2000) Möglichkeiten und Grenzen der Triangulation quantitativer und qualitativer Daten am Beispiel der (Re-)Konstruktion einer Typologie erwerbsbiographischer Sicherheitskonzepte. FQS 2, Heft 1:o. S.
- Jacobs P (2002) Haben wir zu viel oder zu wenig Pflegepersonal? Pflege aktuell 56:137-139.
- Jacobs P: Anästhesiepflege: Standortbestimmung und Perspektive oder Die Geschichte von der Vogel-Strauss-Politik. (37. Bayerische Anästhesietage, 5.-6. Oktober 2007, München Großhadern). Foliensatz, 2007, http://pflege.klinikum-grosshadern.de/literatur/bayerische_an_tage_02_10_07.pdf [Stand 18.07.2011].
- JCSEE, Sanders JR (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, Sanders JR) (Hrsg.): Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. VS, Wiesbaden, 2006.
- Jeitziner MM, Schwendimann R (2006) Schmerzerfassung bei sedierten und maschinell beatmeten Patienten: Eine systematische Literaturanalyse. Pflege 19:335-344.
- Job F, Voigt H, Leffler K (2006): Hohe Übereinstimmung beim „heißen Eisen“ Delegation. Schw Pfl 45:690-694.
- Joost A, Kipper J, Tewolde T: Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht des Forschungsprojektes. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität, Frankfurt a. M., 2009, <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/AbschlussBerufsverlaeufe.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Jordan S, Brauner E (2008) Rotation in der Anästhesiepflege – Eine Analyse der Wirkungen auf Wissens- und Lernprozesse. Pflege 21:114-124.
- Junger A, Hempelmann (2003) Ärztemangel in der Anästhesie und dessen Ursachen. A&I 38:381-383.
- Kade S (2008) Kompetenz und Karriere. Verdoppelte Laufbahnstruktur – halbierte Anerkennung in alternden Institutionen. FQS 9, Heft 1:o. S.
- Kaiser H: Wirksame Ausbildungen entwerfen. Das Modell der Konkreten Kompetenzen. h.e.p., Bern, 2005a.
- Kaiser K: Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege. Eine systematisch-empirische Untersuchung. Mabuse, Frankfurt a. M., 2005b.
- Käble K: Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: Pundt J (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Huber, Bern, 2006, S. 213-233.
- Käble K (2009) Neue Studiengänge im Gesundheitswesen. Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld? GGW 9:15-22.
- Kane M, Smith AF (2004) An american tale – professional conflicts in anaesthesia in the united states: implications for the united kingdom. Anaesthesia 59:739-802.
- Karrer D (1995) Der Kampf um Unterschiede – Medizinisches Feld und Wandel des Pflegeberufs. Pflege 8:43-48.
- Kaufmann P (2003) Gratwanderung bei der Reduzierung von Personalkosten. intensiv 11:281-283.
- Kell, Adolf: Berufswahl. In: Lenzen, Dieter (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe. Band 1. 6. Aufl. Rowohlt, Reinbek, 2001, S. 180-191.
- Kelle U: Qualitative Evaluationsforschung und das Kausalitätsparadigma. In: Flick U (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Rowohlt, Reinbek, 2006, S. 117-134.
- Kerngruppe Curriculum: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell® – Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen. Winklers, Braunschweig, 2006.
- Kersting K: Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Huber, Bern, 2002.
- Kettler D, Radke J (2005) Der moderne Anästhesist – Perioperativer Mediziner im Krankenhaus der Zukunft. Klinikarzt 34:280-285.
- KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khg/gesamt.pdf> [Stand: 18.07.2011].
- KHRG (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG 2009) – Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. BGBl I G 5702 Nr. 15, ausgeg. zu Bonn am 24. März 2009, S. 534.
- Kiefer A (2006) Anästhesiepflege im Brennpunkt. Pflege Aktuell 60:233.

- Kirchhoff S, Kuhnt S, Lipp P, Schlawin S: Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. VS, Wiesbaden, 2006.
- Klafki W: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 5. Aufl. Beltz, Weinheim, 1996.
- Klatthaar M (2003) Philipp braucht Narkose – pflegerische Betreuung eines Säuglings in der Anästhesie. intensiv 11:219-229.
- Kloas PW: Woher bekommen wir in Zukunft unsere Azubis? Sieben Strategien zur Nachwuchssicherung. In: Nixdorf-Pohl M (Red.): Handbuch Demographie Beratung. ZWH Zentralstelle für die Weiterbildung im Handwerk e.V., Düsseldorf, 2007, S. 32-43.
- Kluger, MT, Bryant J (2008) Job satisfaction, stress and burnout in anaesthetic technicians in New Zealand. Anaesth Intensive Care 36:214-221.
- KMK (Kultusministerkonferenz): Selbstgesteuertes Lernen in der Weiterbildung. KMK, Berlin/Bonn, 2000, http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2000/2000_04_14_Selbstgesteuertes_Lernen.pdf [Stand 20.07.2011].
- KMK (Kultusministerkonferenz): Vierte Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Weiterbildung KMK, Berlin/Bonn, 2001, http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2001/2001_02_01-4-Empfehlung-Weiterbildung.pdf [Stand 20.07.2011].
- KMK (Kultusministerkonferenz): Erklärung der Kultusministerkonferenz gegen die Überspezialisierung in der dualen Berufsausbildung, KMK, Berlin, 2007, http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_02_28-Ueberspezialisierung-duale_Berufsausbildung.pdf [Stand 20.07.2011].
- KMK (Kultusministerkonferenz) (Hrsg.): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa. KMK, Bonn, 2009, http://www.kmk.org/fileadmin/doc/Dokumentation/Bildungswesen_pdfs/dossier_dt_ebook.pdf [Stand 20.07.2011].
- Knichwitz G, Wenning M (2009) Gehen Deutschland die Anästhesisten aus? A&I 50:276-282.
- Knigge-Demal B: Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: Sieger M (Hrsg.): Pflegepädagogik: Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Huber, Bern, 2001, S. 39-55.
- Knipfer E, Kochs E, Durchdenwald G (Hrsg.): Klinikeitfaden Anästhesiepflege. 2. Aufl. Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2006.
- Knoll M, Lendner I (2008) „... dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!“ Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation. Pflege 21:339-351.
- Knüppel J (2006) Pflege im Krankenhaus der Zukunft. Schw Pfl 45:550-551.
- Kollak I: Einleitung. In: Kollak I, Pillen A (Hrsg.): Pflegeausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich. Mabuse, Frankfurt a. M., 1998, S. 9-18.
- Kollak I, Pillen A (Hrsg.): Pflegeausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich. Mabuse, Frankfurt a. M., 1998.
- Konietzka D: Ausbildung und Beruf. Die Geburtsjahrgänge 1919-1961 auf dem Weg von der Schule in das Erwerbsleben. Westdeutscher Verlag, Opladen und Wiesbaden, 1999.
- Kooperationsverbund (niedersächsischer Krankenpflegeschulen) (Hrsg.): Das schulische und praktische Curriculum für die Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Mabuse, Frankfurt a. M., 2006.
- Kooperationsverbund (Kooperationsverbund niedersächsischer Krankenpflegeschulen) (Hrsg.): Das Curriculum für den Lernstandort Praxis. Lern- und Arbeitsaufgaben als reflexionsfördernde Instrumente des Theorie-Praxis-Transfers. Mabuse, Frankfurt a. M., 2010.
- Kozon V, Hanzlíková A, Betlehem J, Jurásková D, Walter I (2010) Berufsbezeichnungen der Fachpflege müssen der Profession entsprechen. Ein Beitrag zu den Begriffen der professionellen Pflege in Mitteleuropa. ÖPZ 63:10-13.
- Kramer H (2000) Aus- und Weiterbildung im OP-Bereich. BWP 29, Heft 5:21-22.
- Kremer MJ, Faut-Callahan M: Outcome assessment in nurse anaesthesia. In: Kleinpell RM: (Ed.): Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing. Springer, New York et al., 2001, pp. 227-251.
- Kremer MJ, Faut-Callahan M, Hicks FD (2002) A study of clinical decision making by certified registered nurse anesthetists. AANA Journal 70:391-397.
- KrPflG: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege – Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt am 24. Juli 2010 geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg2004/gesamt.pdf> [Stand 25.04.2011].
- Kruse W: Der Kfz-Mechatroniker: Forschungs- und Entwicklungsschritte zu einem europäischen Beruf. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 509-514.

- Kucharek M (Hrsg.): Lehrbuch für Operationspflegekräfte. Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2002.
- Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C: Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. VS, Wiesbaden, 2007.
- Kuhlmann B (2004) Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen. Eine qualitative Untersuchung. Pflege 17:145-154.
- Kuhlmeier A, Höppner K, Schaeffer D: Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim, 2011, S. 661-679.
- Kurtz T: Die Berufsform der Gesellschaft. Velbrück, Weilerswist, 2005.
- Kurz S: Outputorientierung in der Qualitätsentwicklung. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 427-435.
- Kutschke T (2010) Aktuelle Erkenntnisse zur Schulentwicklung von Pflegebildungseinrichtungen. Pflegewissenschaft 11:197-211.
- Kyriakides L, Campbell RJ (2004) School self-evaluation and school improvement: A critique of values and procedures. Studies Educ Eval 30:23-36.
- Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollst. überarb. Aufl. Beltz, Weinheim et al., 2005.
- Landenberger M: Gesamtfazit: Zukunft der deutschen Pflegeausbildung. In: Landenberger M, Stöcker, G., Filkins J, deJong A, Them C: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Schlütersche, Hannover, 2005, S. 271-281.
- Landenberger M, Stöcker G, Filkins J, deJong A, Them C: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Verleichende Analysen und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Schlütersche, Hannover, 2005.
- Landauer B (2008) Zur Frage der Delegation anästhesiologisch ärztlicher Leistungen an Nicht-Ärzte oder „wehret den Anfängen!“ A&I 49:217-222.
- Landauer B (2009) Anästhesie – was denn sonst?! 10 gute Gründe Anästhesistin, Anästhesist zu werden. A&I 50:4-6.
- Lang T, Hodge M, Olson V (2004) Nurse-Patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. In: J Nurs Adm 34:326-337.
- Lange R, Heinen F, Güttler K (1994) Fachweiterbildung Intensivpflege. Luxus oder Notwendigkeit? intensiv 2:117-123.
- Lange R, Heinen F, Güttler K (1996) Auswertung einer Umfrage an den Fachweiterbildungsstätten für Intensivpflege und Anästhesie in Niedersachsen, Bremen und Hamburg. intensiv 4:69-76.
- Langsbear AJ, Sheldon T, Trevor A, Maynard A (2005) Nurse Staffing and Healthcare Outcomes. A Systematic Review of the International Research Evidence. In: ANS 28:163-174.
- Larsen R: Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. Springer, Berlin et al., 2007.
- Larsson Mauleon A, Ekman SL (2002) Newly graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing – a phenomenographic study. AANA Journal 70:281-287.
- Latasch L, Knipfer E (Hrsg.): Anästhesie, Intensivmedizin, Intensivpflege. Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2004.
- Lauterbach U: Die Schritte zu einer internationalen und international vergleichenden Berufsbildungsforschung. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 44-51.
- Leitner A, Wroblewski A: Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizienzansprüchen. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg.): Das Experteninterview. VS, Wiesbaden, 2005, S. 241-256.
- Lempert W: Berufliche Sozialisation oder: Was Berufe aus Menschen machen. Eine Einführung. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, 2002.
- Liehn M, Grüning S, Köhnsen N: OP und Anästhesie: Praxishandbuch für Funktionsdienste. Berlin: Springer, Berlin et al., 2006.
- Liehn M, Middelanis-Neumann I, Steinmüller L, Dühler JR (Hrsg.): OP-Handbuch: Grundlagen, Instrumentarium, OP-Ablauf. (4. Aufl. Springer, Berlin et al., 2007.
- Lindwall L, von Post I, Bergbom I (2003) Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. JAN 43: 246-253.
- LoBiondo-Wood G, Haber J: Pflegeforschung: Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Ullstein Mosby, Berlin, 1996.
- Lüders C: Qualitative Evaluationsforschung – was heißt hier Forschung? In: Flick U (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Rowohlt, Reinbek, 2006, S. 33-62.
- Macario A, Weinger M, Carney S, Kim A (1999): Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. Anesthesia & Analgesia 89:652-658.

- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (Hrsg.): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. MAGS NRW, Düsseldorf, 2010, <https://services.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/70582/lbg2010.pdf> [Stand 18.07.1011].
- Mayer C, Dietrich W (2010) Zur Diskussion gestellt: „Für junge Ärzte ist das keine Perspektive“ – Über die steigende Zahl von Honorarärzten in Deutschland. A&I 51:559-562.
- Mayring P (2001) Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. FQS 2(1), Artikel 6, o. S.
- Mayring P: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim, 2002.
- Mayring P (2007) Designs in qualitative orientierter Forschung. JfP 15, Ausgabe 2. <http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-2-2007-4.98.html> [Stand 19.11.2011].
- McAuliffe MS, Henry B (1998) Survey of nurse anesthesia practice, education, and regulation in 96 countries. AANA Journal 66:273-286.
- Meeusen V, van Zundert A, Hoekman J, Kumar C, Rawal N, Knape H (2010) Composition of the anaesthesia team: a european survey. Eur J Anaesthesiol 27:773-779.
- Meifort B: Probleme der Verrechtlichung der Berufsbildung für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen. In: Meifort B, Becker W, Csongár G, Kramer H, Mettin G, Podeszfa H (Hrsg.): Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau. Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 43. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin/Bonn, 1999, S. 19-27.
- Meifort B (2001) Eliten brauchen Heloten. Heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege. Mabuse 26, Heft 130:40-44.
- Meifort B: Die pragmatische Utopie. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen. Bertelsmann, Bielefeld, 2004.
- Menke M: Pflegeausbildung „mangelhaft“, Pflegeberuf „gut“? Studie zu Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie Pflegekompetenzen aus Sicht professioneller Pflegekräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen der (Alten-)Pflege. ISS-Eigenverlag, Frankfurt a. M., 2005.
- Meyer C: Das Berufsfeld Altenpflege: Professionalisierung – Berufliche Bildung – Berufliches Handeln. Der Andere Verlag, Osnabrück, 2002.
- Meyer G, Ullrich L (1994) Entwicklung und Perspektiven der Weiterbildung in der Intensivpflege. intensiv 2:67-72.
- Meyer-Jark T, Reissmann H, Schuster M, Raetzell M, Rösler L, Petersen F, Liedtke S, Steinfath M, Bein B, Scholz J, Bauer M (2007) Sachkostenerfassung in der Anästhesie. Alternativen zur fallbezogenen „DRG-konformen“ Dokumentation. Anaesthesist 56:353-365.
- MHH (Medizinische Hochschule Hannover): Weiterbildung Intensivpflege Pädiatrische Intensivpflege. (Flyer), MHH, Hannover, 2010, http://www.mh-hannover.de/fileadmin/mhh/download/krankenpflege/F_VPU_U.pdf [Stand 20.07.2011].
- MHR (Mathias Hochschule Rheine): Bachelor Studiengang Medizinassistenz, B.Sc. Physician Assistant. Faltblatt. Eigendruck Mathias Hochschule, Rheine, 2011. http://www.mhrheine.de/attachments/066_Flyer_MHR_Physician_Assistant_01-11.pdf [Stand 24.07.2011].
- Millar B, Burnard P (Hrsg.): Intensivpflege – High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte. Huber, Bern, 2002.
- Miller MA, Babcock DE: Kritisches Denken in der Pflege. Huber, Bern, 2000.
- MTD-Gesetz (2010): Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz). BGBl. Nr. 460/1992. In der 2010 geänderten Fassung: BGBl. I Nr. 61/2010, <http://www.pflegerecht.at/Druck/Versionen-Berufsrecht/Druckversion-MTD-G.pdf> [Stand 20.07.2011].
- Müller K: In guten Händen: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – Lernaufgaben für die praktische Ausbildung. Cornelsen, Berlin, 2007.
- Müller-Wolff T (2005) Mit den „Dritten“ in den OP? Erweiterte Artikelbesprechung zum Thema präoperative Zahntoprothesenentfernung. intensiv 13:120-122.
- Müller-Wolff T (2010) Akademische pflegerische Weiterbildungsstrukturen zur Sicherstellung des Fachkräfte-nachwuchses. intensiv 18, Heft 4, Rubrik: DGF-Mitteilungen, o. S.
- Münch R: Akademischer Kapitalismus. Über die politische Ökonomie der Hochschulreform. Suhrkamp, Berlin, 2011.
- Murray DJ, Boulet JR, Avidan M, Kras JK, Henrichs B, Woodhouse J, Evers AS (2007) Performance of Residents and Anesthesiologists in a Simulation-based Skill Assessment. Anesthesiology 107:705-713.
- Nagl-Cupal M: Intensivpflege als Thema der Pflegeforschung im deutschen Sprachraum. In: Mayer H (Hrsg.) Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Facultas, Wien, 2009, S. 153-166.

- Nagl-Cupal M, Schnepp W (2010) Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literatur-übersicht über qualitative Forschungsarbeiten. Pflege 23:69-80.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K (2002) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med 346:1715-1722.
- Neiheiser R (1999) Umsetzungshinweise für die modifizierte DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für die Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege. intensiv 7:247-254.
- Neiheiser R: OTA-Ausbildung. DKG-Ausbildungsrichtlinien als Grundlage für eine staatliche Ausbildungsregelung. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, 2004.
- Neiheiser R, Gille G (2009) Pro und Contra: Endlich Anerkennung für die OTA? Schw Pfl 48:336-337.
- Neiheiser R, Walger M: Weiterbildung in der Krankenpflege. Leitfaden zur Organisation und Durchführung. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf, 2002.
- Neubauer P (2008) Dünne Luft für Weiterbildung. Ist die Weiterbildung Intensivpflege überarbeitungsbedürftig? Padua 4:38-41.
- NHS Careers (2011) Operating Department Practitioner. NHS, London: <http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=255> [Stand 21.08.2011].
- Niethammer M: Fachinterview. In: Rauner F (Hrsg): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 595-601.
- Noordzij PG, Poldermans D, Schouten O, Bax JJ, Schreiner FAG, Boersma E (2010) Postoperative Mortality in The Netherlands. A Population-based Analysis of Surgery-specific Risk in Adults. Anesthesiology 112:1105-1115.
- Notz K (2009) OTA-Ausbildung in Deutschland. OP Impuls 3:5-6.
- Notz K (2010) Neues Studienangebot: Zwischen Fachpflege und Medizin. Pflegen Intensiv 7:6-12.
- Numata Y, Schulzer M, van der Wal R, Globerman J, Semeniuk P, Balka E, FitzGerald JM (2006) Nursing staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literatur review and meta-analysis. JAN 55:435-448.
- Nussbaumer G, von Reibnitz C (Hrsg): Innovatives Lehren und Lernen. Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen. Huber, Bern, 2008.
- NVAM (Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers): Beroepscode van de Anesthesiemedewerker. NVAM, Houton, 2003, <http://www.nvam.nl/temp/451970074/beroepscode.pdf> [Stand 31.07.2011].
- NVAM (Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers): Beroepsprofiel van de Anesthesiemedewerker. NVAM, Houton, 2008, <http://www.nvam.nl/temp/451970074/Beroepsprofiel.pdf> [Stand 31.07.2011].
- OdáSante (Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit): Rahmenlehrplan der Fachrichtungen Anästhesiepflege NDS HF, Intensivpflege NDS HF, Notfallpflege NDS HF. OdASanté Bern, 2009, http://www.odasante.ch/de/03_hoehere-berufsbildung/pdf/RLP%20AIN-8.7.2009-d.pdf [Stand 21.08.2011].
- Oelke U (2003) Entwicklung und Konstruktion eines Curriculums für die gemeinsame theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Pflege 16:40-49.
- Oelke U, Menke M: Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Huber, Bern, 2002.
- Oevermann U: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe A, Helsper W (Hrsg): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1996, S. 70-182.
- Offermanns M: Krankenhaus Barometer Herbstumfrage 2002. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2002, <http://dkg.digramm.com/pdf/256.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Offermanns M, Bergmann KO: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes – Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, 2008.
- Olbrich C (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2009.
- Olbrich C: Pflegekompetenz. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Huber, Bern, 2010.
- Ortwein H, Dirkmorfeld L, Haase U, Herold KF, Marz S, Rehberg-Klug B, Scheid A, Vargas-Hein O, Spies C (2007) Zielorientierte Ausbildung als Steuerungsinstrument für die Facharztweiterbildung in der Anästhesiologie. Anästh Intensivmed 48:420-429.
- Oswald C (2002) Arbeiten im Funktionsdienst: Zur Berufswahl des OP-Pflegepersonals. Schw Pfl 41:506-510.
- Paans W (2003) Nieuwe carrièremogelijkheden voor anesthesiemedewerkers: Physician Assistant. NTVA 20(2):o. S.
- Panke-Kochinke B: Berufliche Handlungskompetenz erwerben. Ergebnisse der qualitativen Evaluation eines Curriculums in der Gesundheits- und Krankenpflege. Mabuse, Frankfurt a. M., 2011.
- Pasch T (2010) Die Zukunft der Anästhesiologie: vier Säulen oder mehr? A&I 51:550-558.
- Pätzold G (2004) Lernorkooperation im Lernfeldkonzept. Printernet 5:5-13.

- Pätzold G, Rauner F: Die empirische Fundierung der Curriculumentwicklung – Annäherungen an einen vernachlässigen Forschungszusammenhang. In: Pätzold G, Rauner F (Hrsg.): Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung. Steiner, Stuttgart, 2006, 7-28.
- PCC (The Perioperative Care Collaborative) (Ed.): The role and responsibilities of the advanced scrub practitioner. Independent Healthcare Advisory Service, London, 2007, http://www.independenthealthcare.org.uk/index.php/component/option,com_phocadownload/Itemid,236/id,30/view,category/ > "The role and responsibilities of the advanced scrub practitioner" [Stand 21.08.2011].
- Perry TR (2005) The certified registered nurse anesthetist: Occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal* 73:351-356.
- Petty WC, Kremer M, Biddle C (2002) A synthesis of the australian patient safety foundation anesthesia incident monitoring study, the american society of anesthesiologists closed claims project, and the american association of nurse anesthetists closed claims study. *AANA Journal* 70:193-202.
- Piechotta G: Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Huber, Bern et al., 2000.
- Pilkowski K (2002) Die Notwendigkeit von Pflegepersonal im Aufwachraum. Ist Pflege im Aufwachraum Realität oder Utopie? *intensiv* 10:63-71.
- Pine M, Holt KD, Lou YB (2003) Surgical mortality and type of anaesthesia provider. *AANA Journal* 71:109-116.
- Pinkert C (2001) Schlafstörungen von Intensivpatienten. *Pflege* 14:246-251.
- Pontone S, Brouard N, Scherpereel P, Boulard G, Arduin P (2004) CFAR-SFAR-InED Working Group: Demography of french anaesthesiologists. Results of a national survey by the French College of Anaesthesiologists (CFAR), and the French National Society of Anaesthesia and Intensive Care (SFAR), supported by the National Institute for Demographic Studies (INED). *Eur J Anaesthesiol* 21:398-407.
- Porst R: Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. VS, Wiesbaden, 2008.
- Prowse MA, Lyne PA (2000) Clinical effectiveness in the post-anaesthesia care unit: how nursing knowledge contributes to achieving intended patient outcomes. *JAN* 31:1115-1124.
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2010) Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg, München.
- Rau F: Die Situation der Krankenpflegeausbildung in der BRD nach 90 Jahren staatlicher Regelung. Eine deskriptive Studie. Huber, Bern, 2001.
- Rauner F: Berufsbildungsforschung – Eine Einführung. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006a, S. 9-16.
- Rauner F: Qualifikations- und Ausbildungsforschung. In: Rauner F (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006b, S. 240-247.
- Rauner F (2010) Moderne Berufsbilder als Dreh- und Angelpunkt für die Organisation gesellschaftlicher Arbeit und die Gestaltung beruflicher Bildungsgänge. *Pflegewissenschaft* 11:141-148.
- RBS (Robert Bosch Stiftung) (Hrsg.): Pflege neu denken. Schattauer, Stuttgart, 2001.
- Reiners H: Mythen der Gesundheitspolitik. Huber, Bern, 2009.
- Renken-Olthoff I (2010) B.Sc.-Studiengang Advanced Nursing Practice bietet beste Lösung. *Schw Pfl* 49:744-746.
- Rennen-Allhoff B, Bermann-Tyacke I.: Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa. Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten. Huber, Bern, 2000.
- Reuschenbach B: Personalgewinnung und Personalauswahl für die Pflege. Urban & Fischer bei Elsevier, München, 2004.
- Riedl S: Transfer in der Bildung fördern – Aspekte aus der Forschung. In: Sieger M (Hrsg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Huber, Bern, 2001, S. 71-80.
- Riedl K: Curriculum. In: Lenzen D (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe. Band 1. Rowohlt, Reinbek, 2001, S.298-301.
- Riedl S (2003) Modernes Operationsmanagement im Workflow Operation. Aufgabenspektrum und Herausforderungen der Zukunft. *Anaesthesist* 52:957-964.
- Roes M: Wissenstransfer in der Pflege. Neues Lernen in der Pflegepraxis. Huber, Bern, 2004.
- Roßbauer W, Neiheiser R: Stellenbeschreibungen für den Pflegedienst. Anforderungsprofile in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Alten- und Pflegeheimen. 2., überarb. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, 2010.
- Roth-Isigkeit A (2001) Wie erleben postoperative, herzchirurgische Patienten die pflegerische Versorgung auf der Intensivstation? *intensiv* 9:24-29.
- Röttger J (2008) Implementierung von Pflegeprozess und Pflegedokumentation in der anästhesiologischen Tätigkeit. *intensiv* 16:87-94.

- Sackmann R, Rasztar M: Das Konzept „Beruf“ im lebenslaufsoziologischen Ansatz. In: Blaschke D, Engelbrach G, Heinz WR, Dressel W (Hrsg.): Was prägt Berufsbiographien? Lebenslaufdynamik und Institutionenpolitik. Reihe: IAB Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Bd. 215 Bertelsmann, Bielefeld, 1998, S. 25-53.
- Sahmel KH (Hrsg.): Grundfragen der Pflegepädagogik. Kohlhammer, Stuttgart, 2001.
- Sahmel KH: Kompetenz und Pflegebildung. In: Sahmel KH (Hrsg.): Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte. Kohlhammer, Stuttgart, 2009, S. 7-26.
- Sahney S, Banwet DK, Karunes S (2004): Conceptualizing total quality management in higher education. The TQM Magazine 16:145-159.
- Sailer M (2005) Fachweiterbildung in der Pflege in der DRG-Kostenzange. Printernet 7:355-358.
- Schäfer UB: Von „halben Ärzten“ zu ganzen Intensivpflegenden. Die Weiterbildung in Intensivpflege als Beispiel für die berufliche Emanzipation. In: Braunschweig S (Hrsg.): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege. Chronos, Zürich, 2006, S. 129-139.
- Schäfer UB, Massarotto P, Lehmann A, Wehrmüller C, Spirig R, Marsch S (2009) Übersetzungsverfahren eines klinischen Assessmentinstruments am Beispiel der Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Pflege 22:7-17.
- Scheerens J (2004): The evaluation culture. Studies Educ Eval 30:105-124.
- Schelten A: Einführung in die Berufspädagogik. Steiner, Stuttgart, 1991.
- Scherpereel P; Sondore A (2002) The evolution of human resource needs in Europe. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 16:443-457.
- Schewior-Popp S: Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkonzept. Thieme, Stuttgart, 2005.
- Schmid M, Wolf I, Geerts A, Krauchthaler M (2010) Wie lässt sich durch die Klärung des Skill- und Grademix die Leadership-Kultur einer Organisation fördern? Pflegewissenschaft 11:288-291.
- Schmidt CE, Gerbershagen MU, Salehin J, Weiß M, Schmidt K, Wolff F, Wappler F (2011a) Von der Personalverwaltung zur Personalentwicklung. „Demographic risk management“ in Krankenhäusern. Anaesthesia E-First:1-10. [Stand: 24.07.2011].
- Schmidt CE, Müller J, Schmidt K, Gerbershagen MU, Wappler F, Limmroth V, Padosch SA, Bauer M (2011b) Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Anaesthesia E-First:1-7.
- Schmidt-Lauff S: Perspektivverschränkung in qualitativen und quantitativen Forschungsvorhaben – ein Ansatz zur Triangulation. In: Qualitative Forschungsverfahren in Perspektivverschränkung. Dokumentation des Kolloquiums zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Wiltrud Gieseke am 29. Juni 2007. Erwachsenenpädagogischer Report Bd. 11, Humboldt-Universität, Berlin, 2007, S. 88-101.
- Schmitt R: Personalwirtschaft im Krankenhaus: Entwicklungslinien, Sachstand und Handlungsbedarf. In: von Eckardstein D, Ridder HG (Hrsg.): Personalmanagement als Gestaltungsaufgabe im Nonprofit und Public Management. Hampp, München, 2003, S. 293-312.
- Schneider K: Das Lernfeldkonzept – zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In: Schneider K, Brinker-Meyendriesch E, Schneider A (Hrsg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Springer, Berlin et al., 2003, S. 77-111.
- Schneider K, Brinker-Meyendriesch E, Schneider A (Hrsg.): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. Springer, Berlin et al., 2003.
- Schneider K, Buhl R (2001) Vom Lernfeld zum konkreten Unterricht – ein Leitfaden. In: Unterricht Pflege 6:20-34.
- Schneider K, Hergesell S, Drude K (Hrsg.): Praxishandbuch Pflegepädagogik. Für den Unterricht in Pflegeschulen. Urban & Fischer bei Elsevier, München et al., 2005.
- Schneider H, Schrems B (2008) Qualität in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. ÖPZ 61:20-22.
- Schober M, Affara F: Advanced Nursing Practice (ANP). (dt.-sprachige Ausgabe hrsg. von Spirig R, de Geest S, Wagner F). Huber, Bern, 2008.
- Schrader D, Schrader N (2001) Lärm auf der Intensivstation und dessen Auswirkungen auf Patienten und Personal. Teil 1 & 2. intensiv 9:96-106 & 142-150.
- Schreier M, Odağ Ö: Mixed Methods. In: Mey G, Mruck K (Hrsg.) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Teil 2. VS, Wiesbaden, 2010, S. 263-277.
- Schroeter KR: Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Juventa, Weinheim, 2006.
- Schulte-Sasse U (2009) Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten. A&I 50:552-563.
- Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE (2007) Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz. Anaesthesia 56:1058-1066.
- Schüttler J (2007) Die Delegation ärztlicher Aufgaben – ein „Dauerbrenner“? A&I 48:437.

- Schüttler J, van Aken H (2009) Haltet (sie) ein! Die Sicherheitsstandards in der Anästhesie. *A&I* 50:506-507.
- Schwarz-Govaers: Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln: Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Huber, Bern, 2005.
- Selinger Y (2008) Teilbericht 1: Ergebnisse der Befragung der Absolventen des Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung in der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) und Operationstechnischen Assistenz (OTA) vor ihrer Einmündung in den Beruf. Halle (Saale) (unveröffentlicht), dem Auftraggeber übergeben: Februar 2008.
- Selinger Y (2009a) Teilbericht 2: Ergebnisse der Befragung von Absolventen der Ausbildungen in der Operations-technischen Assistenz (OTA) und in der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) am Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe des Universitätsklinikums Halle (Saale) nach Einmündung in den Beruf. Halle (Saale) (unveröffentlicht), dem Auftraggeber übergeben: Januar 2009.
- Selinger Y (2009b) Teilbericht 3: Ergebnisse der Befragung zum Bedarf an einer staatlich anerkannten grundständigen Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst. Halle (Saale) (unveröffentlicht), dem Auftraggeber übergeben: April 2009.
- Selinger Y, Landenberger M (2010) Pflegerische Fachweiterbildung oder grundständige Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst? Einschätzungen von Fachpflegenden für Anästhesie & Intensivpflege. *Pflegewissenschaft* 11:354-372.
- Selinger, Y. & Landenberger, M. (2012) Besteht Bedarf an einer grundständigen Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Pflegedienstdirektoren. *P&G* 17:45-62.
- Seshamani M, Zhu J, Volpp KG (2006) Did postoperative mortality increase after the implementation of the Medicare Balanced Budget Act? *Medical Care* 44:527-533.
- Sewitz S: Karrieren im Gesundheitswesen. Eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege. Juventa, Weinheim, 2006.
- Shumway SH, del Risco J (2000) A comparison of nurse anesthesia practice types. *AANA Journal* 68:452-462.
- Siebert H: Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. Ziel, Augsburg, 2006.
- Sieger M (Hrsg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Huber, Bern, 2001.
- Sieger M: Die Pflegeausbildungen – Anforderungen und berufsrelevante Qualifikationen. In: Sieger, M. (Hrsg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Huber, Bern, 2001, S. 15-39.
- Sieger M, Ertl-Schmuck R, Bögemann-Großheim, E (2010) Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. *P&G* 15:197-216.
- Siegfried P (2004) Aufgabenbereich des Anästhesiepflegepersonals in der Schweiz. 2. Teil der SIGA-Umfrage. *Anästhesie* J o. Jg., Heft 3:10-13.
- Siegmund F, Berry M, Martin J, Geldner G, Bauer M, Bender HJ, Ernst C, Schleppers A (2006) Entwicklungsstand im OP-Management – Eine Analyse in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2005. *A&I* 47:743-750.
- Siegrist J, Dragano N (2006) Berufliche Belastungen und Gesundheit. In: Wolf C, Wendt C (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46/2006 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. VS, Wiesbaden, S. 109-124.
- Siegrist J, Dragano N (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 51:305-312.
- Silber JH, Williams SV, Krakauer, Schwartz JS (1992): Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: a study of adverse occurrence and failure to rescue. *Medical Care* 30:615-627.
- Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, Chen W, Kozoli LF, Showan AM, Longnecker DE (2000) Anesthesiologist direction and patient outcomes. *Anesthesiology* 93:152-163.
- Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, Chen W, Mosher RE, Showan AM, Longnecker DE (2002) Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology* 96:1044-1052.
- Simon M: Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Abschlussbericht. Fachhochschule, Hannover, 2008a, http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-116-4-1.pdf [Stand 18.07.2011].
- Simon M: Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Fachhochschule, Hannover, 2008b, http://www.fh-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Modellrechnung_Unterbesetzung.pdf [Stand 18.07.2011].
- Simon M: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarb. u. aktual. Aufl. Huber, Bern, 2010.

- Simonson DC, Ahern MM, Hendryx MS (2007) Anesthesia staffing and anesthetic complications during cesarean delivery: a retrospective analysis. *Nurs Res* 65:9-17.
- Sloane PFE: Modellversuchsforschung. In: Rauner F (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. 2., aktual. Aufl. Bertelsmann, Bielefeld, 2006, S. 658-664.
- Smith AF (2005) Anaesthetic practitioner in the UK: promise, perils and psychology. *Anaesthesia* 60:1055-1058.
- Smith AF, Kane M, Milne R (2004) Comparative effectiveness and safety of physician and nurse anaesthetists: a narrative systematic review. *Br J Anaesth* 93:540-545.
- Smith AF, Goodwin D, Mort M, Pope C (2006) Adverse events in anaesthetic practice: qualitative study of definition, discussion and reporting. *Br J Anaesth* 96:715-721.
- Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M (2008) Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *Br J Anaesth* 101:332-337.
- Søreide E, Kalman S, Åneman A, Nørregaard O, Pere P, Meelin-Olsen J (2010) On behalf of the position paper task force shaping the future of scandinavian anaesthesiology: a position paper by the SSAI. *Acta Anaesthesiol Scand* 54:1062-1070.
- Spichale C: Konzept Integrierte Ausbildung Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz. (Stand: 14.05.2007). Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe des Universitätsklinikums Halle (Saale), unveröffentlicht, 2007.
- Spichale C. (2010) Anästhesietechnische Assistenz. Ein neues Berufsbild etabliert sich. *Schw Pfl* 49:86-87.
- Spichiger E, Kesselring A, Spirig R, De Geest S, Gruppe „Zukunft Medizin Schweiz“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2006) Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege* 19:45-51.
- Spitz-Köberich C, Barth M, Spirig R (2010) Eltern eines kritisch kranken Kindes – Welche Erwartungen und Wünsche haben sie an das Team der pädiatrischen Intensivstation? *Pflege* 23:299-307.
- Steinbach-Thormählen H (2011) Formen neuer Arbeitsteilung im Krankenhaus. Herausforderungen für das Personalmanagement am Beispiel der Gesundheits- und Krankenpflege. *P&G* 16:322-338.
- Stemmer R: Pflegewissenschaft. In: Stemmer R, Haubrock M, Böhme H: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz. Katholische Fachhochschule, Mainz, 2008, S. 47-139, http://masgff.rlp.de/fileadmin/masgff/Publikationen/Menschen_pflegen/Berichte_aus_der_Pflege_9.pdf [Stand 18.07.2011].
- Stemmer R (2011) Zur Situation der Pflege im Krankenhaus. *P&G* 16:293-303.
- Stemmer R, Böhme H (2008) Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. *P&G* 13: 197-215.
- Stemmer R, Offermanns M (2011) Ansatzpunkte zur Steigerung der Attraktivität der Pflege im Krankenhaus – eine Bestandsaufnahme. *Pflegewissenschaft* 12:499-506.
- Stern C, Ebel C, Vaccarao E, Vorndran O (Hrsg.): *Bessere Qualität in allen Schulen. Praxisleitfaden zur Einführung des Selbstevaluationsinstruments SEIS in Schulen*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2006.
- Stöcker G: Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin. In: Landenberger M, Stöcker G, Filkins J, de Jong A, Them C: *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Schlütersche, Hannover, 2005, S. 25-77.
- Stöcker G: Bildungskonzept des DBR 2006/2007. (Foliensatz), DBR, Berlin, 2007, <http://www.bildungsrat-pflege.de/> > Bildungskonzept des DBR 2006/2007 [Stand 04.01.2012].
- Stockmann R: Evaluation in Deutschland. In: Stockmann R (Hrsg.): *Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder*. 2. Aufl. Leske+Budrich, Opladen, 2004.
- Stolecki D (2000) Ist Qualitätssicherung auch ohne Fachpflege in der Anästhesie möglich oder zwingt Ökonomie zur Reduktion von Qualität? *intensiv* 8:208-214.
- Stolecki D (2003) Ist Weiterbildung ein qualitatives Steuerungsinstrument? *intensiv* 11:238-244.
- Stolecki D (2007) Ausbildung zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA). *intensiv* 15, Heft 3, Rubrik: DGF-Mitteilungen, o. S.
- Stolecki D, Mayer R (1996) Entwicklung der Fachweiterbildung Rückblick & Ausblick. *intensiv* 4:190-192.
- Stöver M: Die Evaluation bundesweiter Ausbildungsmodelle als Beitrag zur Nachhaltigkeit und Transfer von Innovationen. In: Görres S, Krippner A, Stöver M, Bohns S (Hrsg.): *Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modell „Integrative Pflegeausbildung in Bremen“ im Diskurs*. Jacobs, Lage, 2006.
- Stöver M: Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Jacobs, Lage, 2010.

- Stratmann K: Berufs-/Wirtschaftspädagogik. In: Lenzen D (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe. Band 1. 6. Aufl. Rowohlt, Reinbek, 2001, S. 176-179.
- Stromberg MW, Sjöström B, Haljamäe H (2003) The role of the nurse anesthetists in the planning of postoperative pain management. *AANA Journal* 71:197-202.
- Stumvoll AM (2010) Akutschmerztherapie – postoperative Schmerztherapie. Eine interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Aufgabe. *intensiv* 18:177-182.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag: Drucksache 16/6339 (vom 07.09.2007), Berlin, 2007, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Stand 18.07.2011].
- Takase M, Maude P, Manias E (2005) Comparison between nurses' professional needs and their perceptions of their job. *Aust J Adv Nurs* 23(2):28-33.
- Tanner CA (2004) Nursing education research: Investing in our future. *J Nurs Educ* 43:99-100.
- Taylor CL (2009) Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration in Anesthesia. *AANA Journal* 77:343-348.
- Temple MD, Fagerlund K, Saewyc E (2005) A national survey of certified registered nurse anesthetists' knowledge, beliefs, and assessment of herbal supplements in the anesthesia setting. *AANA Journal* 73:368-377.
- Thiekötter A: Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. Ein Beitrag zur Berufsgeschichte der Pflege. Mabuse, Frankfurt a. M., 2006.
- Tischer C (2008) Brauchen wir auch zukünftig Fachpflegepersonal in der Anästhesie? *intensiv* 16:266-268.
- Tschöpa I (1975) Die Weiterbildung der Medizinisch-technischen Assistentin zur Lehrassistentin im Vergleich zur Weiterbildung der Krankenschwestern zur Unterrichts- oder leitenden Schwester. *MTA* 58:330-342 & 385-395.
- Uhl W (1996) Krankenschwester und -pfleger in der Anästhesie: (in)kompetente Helfer des Arztes oder qualifizierte Pflegekräfte? *intensiv* 4:200-209.
- UKH (Universitätsklinikum Halle (Saale) – Pflegedienst): Home > Ausbildungsplätze > Anästhesietechnische/r Assistentin/Assistent (ATA). <http://www.medizin.uni-halle.de/pflege/index.php?id=354> [Stand: 12.09.2011].
- Ullrich L, Stolecki D, Grünwald M (Hrsg.): Thiemes Intensivpflege und Anästhesie. Thieme, Stuttgart, 2005.
- Ullrich L, Stolecki D, Grünwald M: Entwicklung der Weiterbildung in der Intensivpflege und Anästhesie. In: Ullrich L, Stolecki D, Grünwald M (Hrsg.): Thiemes Intensivpflege und Anästhesie. Thieme, Stuttgart, 2005, S. 4-9.
- Ullrich L, Stolecki D, Grünwald M (Hrsg.): Thiemes Intensivpflege und Anästhesie. 2., überarb. Aufl. Thieme, Stuttgart, 2010.
- Ulrich B (2005) OTA, O-ATA, CTA – Ein neues akademisches Berufsbild neben dem Chirurgen? In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen, o. Jg., Heft 2:151-153. <http://www.dgch.de/downloads/dgch/mitteilungen/DGCH-Gesamt-2-05.pdf> [Stand 03.06.2011].
- Ulrich B (2006): OP-Assistenz: Physician Assistant. *Schw Pfl* 45:704-706.
- Ulsenheimer K (2009) Zur Diskrepanz zwischen dem optimalen medizinischen Standard, dem ökonomisch Möglichen und dem rechtlich Geforderten – der Anästhesiologe im Widerstreit gegensätzlicher Pflichten. *A&I* 50:242-247.
- Ulsenheimer K, Biermann E (2007) Zur Problematik der Parallelnarkose. Fachliche und rechtliche Grenzen der Delegation anästhesiologischer Leistungen auf nichtärztliches Personal. *Anaesthesia* 56:313-321.
- Universitätsklinikum Ulm (2010a) Weiterbildung Anästhesiepflege. Universitätsklinikum, http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Zentrale_Einrichtungen/Pflegedienst/ibfw/Flyer_I_Intranet_2012.pdf [Stand 18.07.2011].
- Universitätsklinikum Ulm (2010b) Weiterbildung Intensivpflege. Universitätsklinikum, http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Zentrale_Einrichtungen/Pflegedienst/ibfw/Flyer_I_Intranet_2012.pdf [Stand 18.07.2011].
- van Aar CAM, Capitejns MA (2007) Ein Blick über die Grenze: Der niederländische Anesthesiemedewerker. *intensiv* 15:86-88.
- Van Aken H (2001) Who should provide anaesthesia? *Eur J Anaesthesiol* 17:535-536.
- Van Aken H (2009) Ring frei zur zweiten Runde? Problematik der Delegation ärztlicher Leistungen nicht nur in der Anästhesie. *Anaesthesia* 58:449-450.
- Vanhoof J, Van Petegem P (2007) Matching internal and external evaluation in an era of accountability and school development: Lessons from a flemish perspective. *Studies Educ Eval* 33:101-109.
- Veit A (1996): Motive der Berufswahl und Erwartungen an den Beruf bei Auszubildenden in der Krankenpflege. *Pflege* 9:61-71.
- Veit A (1998) Erwartungen an den Pflegeberuf zu Ausbildungsbeginn und ihre Realisierung am Ende des zweiten Ausbildungsjahres (Längsschnittuntersuchung). In: *Pflege* 11:100-107.

Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen 2002 (Nds. GVBl. Nr. 10/2002 S. 86), geändert durch Gesetz v. 18.02.2005 (Nds. GVBl. Nr. 5/2005 S. 75), Art. 1 des Gesetzes v. 7.12.2006 (Nds. GVBl. Nr. 31/2006 S. 586), VO v. 5.5.2010 (Nds. GVBl. Nr. 13/2010 S. 215) und v. 22.11.2010 (Nds. GVBl. Nr. 28/2010 S. 529), <http://www.schure.de/21064/gesundbvo.htm> [Stand 20.07.2011].

Vickers MD (2002) Anaesthetic team and the role of nurses – european perspective. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 16:409-421.

Vodisek F (2005) Ist „Pflege in der Anästhesie“ Pflege in einem spezialisierten Fachbereich? *intensiv* 13:66-74.

von Kardoff E: Zur gesellschaftlichen Bedeutung und Entwicklung (qualitativer) Evaluationsforschung. In: Flick U (Hrsg.): *Qualitative Evaluationsforschung*. Rowohlt, Reinbek, 2006, S. 63-91.

von Kardoff E: Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek, 2007, S. 238-250.

VPU (Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken) (2010) Operationstechnische Assistenten (OTAs). Pflegeverbände fordern staatliche Anerkennung. VPU Newsletter 2:3. <http://www.vpu-online.de/de/pdf/2010-02-VPU-Newsletter.pdf> [Stand 31.07.2011].

WBluAVO 2008 – Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegefachkräften für Intensivpflege und für Anästhesiepflege (WBluAVO). Vom 10. November 2008. GVOBl. Schl.-H. S. 569, GS Schl.-H. II, Gl. Nr. 2122-5-8.

Weibel L, Schäfer UB, Mahrer Imhof R (2009) Individualisierte Schulung und Beratung auf der Intensivpflegestation bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom: Ein Pilotprojekt zur Forschungsanwendung. *Pflege* 22:165-171.

Weidner F, Isfort M: Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V., Köln, 2002, <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer%202002.pdf> [Stand 20.07.2011].

WeiVIAPfI 2008 – Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen, -pflegern, Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, -pfleger in der Intensivpflege und Anästhesie (WeiVIAPfI) vom 12.12.2008 (GV. NRW. 2008 S. 818), zuletzt geändert durch § 44 Nr. 1 Weiterbildungs- und PrüfungsVO für Pflegeberufe vom 15.12.2009 (GV. NRW. 2009 S. 904), <http://beck-online.beck.de/?bcid=Y-100-G-NRWWeiVIAPfI> [Stand 18.07.2011].

Welk I: Umsetzungsprobleme im OP-Management. In: Welk I, Bauer M: *OP-Management: praktisch und effizient*. Springer, Berlin et al., 2006, S. 149-154.

Welk I (2009) Hochrisikobereiche OP und Anästhesie: Risiken erkennen und bewältigen. *Schw Pfl* 48:632-635.

Welker A, Baumgart A, Baja J (2010) Das Berufsbild des Anästhesisten. Eine qualitative und quantitative Studiendenbefragung zur Attraktivität unseres Fachs. *A&I* 51:318-327.

Weller JM, Merry AF, Robinson BJ, Warman GR, Janssen A (2009) The impact of trained assistance on error rates in anaesthesia: a simulation-based randomised controlled trial. *Anaesthesia* 64:126-130.

Wenderlein FU, Schochat T (2003) Betriebsbedingte Belastungen bei Pflegekräften – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten. *ASU* 38:262-269.

WHO-Europe (World Health Organization Europe) (Ed): *WHO Europe Critical Care Nursing Curriculum*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003a.

WHO-Europe (World Health Organization Europe) (Ed): *WHO Europe Anaesthetic Nursing Curriculum*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003b.

Windels-Buhr D, Czech A, Stelzer B (2001) Die Fachweiterbildung A+I hat ihre Grenzen. Untersuchung zu den Möglichkeiten und Grenzen der A+I-Weiterbildung, 2. Teil. *Schw Pfl* 39:955-959.

Winter R (2009) Ein Plädoyer für kritische Perspektiven in der qualitativen Forschung. *FQS* 12 (Heft 1), o. S.

Wittneben K: Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. Lang, Frankfurt a. M., 2003.

Witzel A: Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Lang, Frankfurt a. M., 1982.

Witzel A: Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundlagen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. 2. Aufl. Asanger, Heidelberg, 1989, S. 227-255.

Wolff S: Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek, 2007, S. 334-349.

Wottawa H, Thierau H: *Lehrbuch Evaluation*. 2., vollst. überarb. Aufl. Huber, Bern, 1998.

Wren KR (2001) Learning from a nurse anesthetist perspective: a qualitative study. *AANA Journal* 69:273-278.

Zegelin A (Hrsg.): *Fokus: Intensivpflege*. Schlütersche, Hannover, 2004.

Zindler M, Dudziak R (1971) Über die Ausbildung von Schwestern und Pfleger in der Intensivpflege. *D Krankenpf Z* 24:67-70.

Thesen

Zielstellung

1. Es besteht Bedarf an wissenschaftlichen Erkenntnissen zum multidimensionalen Wandlungsprozess der Gesundheitsfachberufe, einschließlich zur Entwicklung neuer Berufe. Dazu gehört es auch, empirisch gestützte Optionen zur Weiterentwicklung der derzeit bestehenden Qualifizierungswege und Kompetenzprofile zu erarbeiten und in die Fachdiskussion einzubringen.

Theoretischer Rahmen und Forschungsstand

2. Sämtliche Berufsbildungsmaßnahmen und Neustrukturierung von Aus- und Weiterqualifizierungen in den Gesundheitsfachberufen müssen sich einerseits an einem zeitgemäßen (Berufs-)Bildungsverständnis messen lassen sowie daran, inwieweit sie die patientenbezogene Versorgungsqualität unter Berücksichtigung von Effektivität, Effizienz und Mitarbeiterorientierung sichern können.
3. Die Ausbildung von Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) bleibt hinter dem aktuellen Verständnis und den damit verbundenen Leitprinzipien zur Gestaltung von (Gesundheits-)Berufsbildungsprozessen zurück.
4. Eine bundesrechtliche Regelung der Berufe „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ und „Operationstechnische Assistenz (OTA)“ nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz als „andere [als ärztliche] Heilberufe“, erscheint am geeignetsten, um die Anforderungen an deren Ausbildung und Ausübung für eine sichere Patientenversorgung definieren und weiterentwickeln zu können.
5. Die Eröffnung akademischer Entwicklungspfade kann Pflege- und andere Gesundheitsfachberufe attraktiver machen und so zur Sicherung des Fachkräftebedarfs beitragen.
6. Modellprojekte und Untersuchungen zur Entstehung und Entwicklung von Qualifizierungswege und -profilen sowie implizit die Beschreibung der erkannten Potenziale, erzielten Erfolge, auftretenden Barrieren und mitunter auch ihres Scheiterns, führen zu Einsichten in den laufenden Prozess der Neukonstruktion von Gesundheitsfachberufen in Wechselwirkung zu bestehenden Berufen sowie zur strukturierten Weiterentwicklung der Berufe. Um diesen Anspruch einlösen zu können, bedarf es der Etablierung und Festigung einer Evaluationskultur mit einer Reihe von Voraussetzungen. Dazu gehören insbesondere
 - die Definition eines beruflichen und pädagogischen Begründungsrahmens als Fundament für die Ausgestaltung von Modellprojekten,
 - das Bereitstellen personaler, zeitlicher und finanzieller Ressourcen zur strukturierten Planung, Durchführung und Evaluation von Modellprojekten,
 - die Arbeit an der Bereitschaft zur Selbst- und Fremdevaluation sowie
 - die Umsetzung geeigneter Untersuchungs- bzw. Evaluationsforschungskonzepte.

Studiendesign und Methodik

7. Das genutzte qualitativ orientierte Mixed-Methods-Design, das sich der Triangulation von Perspektiven, Methoden und Daten bedient und die Ergebnisse mehrerer Teiluntersuchungen perspektivenverschränkend zusammen führt, ermöglicht einen bestmöglichen Zugewinn an Erkenntnissen gegenüber einem (ausschließlich) standardisierten Untersuchungsverfahren.

Ergebnisse

8. Es besteht einerseits ein Bedarf an Mitarbeitern, die gleichzeitig für den Anästhesie- und für den OP-Funktionsdienst qualifiziert sind. Andererseits besteht ein Bedarf an Mitarbeitern mit erweiterten Handlungskompetenzen, etwa auch für die Übernahme von Aufgaben, die hierzulande bislang Ärzten zugeordnet sind.
9. Sowohl für die ATA-Ausbildung als auch für die I&A-Fachweiterbildung bestehen formale und inhaltliche Weiterentwicklungsbedarfe. Sie betreffen die mögliche Schaffung einer breiter als bisher angelegten Ausbildung und von Weiterqualifizierungsmöglichkeiten zur Übernahme erweiterter Aufgaben und Verantwortlichkeiten.
10. Der Anästhesie-Funktionsdienst ist weder für die befragten ATA- und OTA-Absolventen noch für die I&A- und OP-Fachpflegenden zweifelsfrei ein primär pflegerisches Handlungsfeld, sondern weist eine ausgeprägte medizinisch-technische und arztassistierende Komponente auf.
11. Für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit und zur Vermeidung von Gefahren für die Qualität der Patientenversorgung, sind Personen mit Pflegerverständnis und Berufserfahrung notwendig, zumindest jedoch vorteilhaft.
12. Es ist anzuzweifeln, dass die ATA-Ausbildung ein vollständiger Ersatz für Mitarbeiter mit einem pflegerischen Qualifikationsprofil sein kann. Eine Ergänzung der Anästhesie-Teams durch Anästhesietechnische Assistenten erscheint hingegen prinzipiell möglich.

Schlussfolgerungen

13. Beide Qualifizierungswege, d. h. die „Anästhesietechnische Assistenz (ATA)“ und die „Fachgesundheits- und Krankenpflege für Intensivpflege & Anästhesie (I&A)“, sind in veränderter Form zukunftsfähig. Sie könn(t)en beide, in weiterentwickelter Form und parallel bestehend, tragende Säulen eines Skill- & Grade-Mix-Konzepts im Handlungsfeld der perioperativen Versorgung und Pflege bilden. Beide Wege bergen Chancen für zufriedenstellende Berufskarrieren, die nicht zuletzt der Sicherung der Patientenversorgung in quantitativer wie qualitativer Hinsicht dienen können.
14. Orientierung für die Weiterentwicklung der bestehenden Qualifizierungswege und -profile für den Anästhesie-Funktionsdienst kann der aus dem theoretischen Vorwissen und den Untersuchungsergebnissen abgeleitete Diskussionsvorschlag für ein „Konsekutives Bildungskonzept medizinisch-technischer Berufe im perioperativen Handlungsfeld“ bieten.

A. Überblick: Inhalte und Stundenverteilungen für die Fachweiterbildung „Intensivpflege & Anästhesie“ und für die Ausbildung „Anästhesietechnische Assistenz“

a) Inhalte und Stundenverteilung – Fachweiterbildung „Intensivpflege mit dem Schwerpunkt Anästhesie“

nach dem „Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung und Prüfung zu Krankenschwestern, Krankenpflegern, Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpflegern für die Intensivpflege (Anästhesie/ Pädiatrie) – Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 16. November 1976, zuletzt geändert am 11. Mai 1998“ (mod. nach Neiheiser, Walger, 2002)

Unterricht	Mindest-stundenzahl	Praktische Ausbildung	Mindest-stundenzahl
Vier Schwerpunkte		Obligatorische Einsätze	1.800
<ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Grundlagen im Intensiv- und Anästhesiebereich 	130	<ul style="list-style-type: none"> Operative Intensivpflege 	600
<ul style="list-style-type: none"> Spezielle Schwerpunkte im Intensivbereich 	300	<ul style="list-style-type: none"> Konservative Intensivpflege 	600
<ul style="list-style-type: none"> Spezielle Schwerpunkte im Anästhesiebereich 	140	<ul style="list-style-type: none"> Anästhesie 	600
<ul style="list-style-type: none"> Sozial- und Methodenkompetenz 	80	Weitere Einsätze	500
<ul style="list-style-type: none"> Stunden zur freien Verteilung 	70	Zur Verteilung auf die intensivpflegerischen Bereiche oder in weiteren Funktionsbereichen, wie Dialyse oder Frühgeborenestation, mit jeweils max. <u>100</u> Stunden	
Stundenzahl gesamt:		Stundenzahl gesamt:	
720		2.300	

Zu bearbeitende Themenkreise innerhalb der „Speziellen Schwerpunkte im Anästhesiebereich“

Unterricht	Mindest-stundenzahl	Praktische Ausbildung	Mindest-stundenzahl
Themenkreise			
<ul style="list-style-type: none"> Pflegemanagement und Organisation in der Anästhesie 	14	Es werden keine Vorgaben zur Differenzierung der ausgewiesenen Mindestzeit von 600 Stunden für den Einsatz in der „Anästhesie“ gemacht.	
<ul style="list-style-type: none"> Prä-, intra- und postoperative Überwachung und Behandlung 	14		
<ul style="list-style-type: none"> Allgemeinanästhesieverfahren 	20		
<ul style="list-style-type: none"> Regional- und Lokalanästhesien 	20		
<ul style="list-style-type: none"> Anästhesien in verschiedenen Fachbereichen 	60		
<ul style="list-style-type: none"> Schmerztherapie 	12		
Stundenzahl gesamt:		Stundenzahl gesamt:	
140		600	

b) Inhalte und Stundenverteilung – Ausbildung „Anästhesietechnische Assistenz“

nach dem „Konzept für die Integrierte Ausbildung Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz (Stand: 14.05.2007)“ (mod. nach Spichale, 2007)



Unterricht	Mindeststundenzahl	Praktische Ausbildung	Mindeststundenzahl
Gemeinsamer Unterricht mit OTA:	970	Obligatorische Fachgebiete in der Anästhesie:	1.840
▪ Anatomie und Physiologie	160	▪ Viszerale Chirurgie	480
▪ Physik und Chemie	40	▪ Traumatologie, Orthopädie	320
▪ Allgemeine Krankheitslehre	20	▪ Gynäkologie, Geburtshilfe	400
▪ Innere Medizin	30	▪ Gefäßchirurgie	160
▪ Grundlagen der Chirurgie	20	▪ Neurochirurgie	240
▪ Neurochirurgie	20	▪ Ambulantes Operieren	160
▪ Allgemeine OP-Lehre	70	▪ Schmerzambulanz	80
▪ Arzneimittellehre	40		
▪ Krankenpflege, Ambulanz, Endoskopie	80		
▪ Grundlagen der Psychologie, Lehr- und Lernmethoden	130	Fakultative Fachgebiete:	440
▪ Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde, Ethik	90	▪ HNO	zur freien Verteilung*
▪ Grundlagen der Radiologie	20	▪ MKG-Chirurgie	
▪ ZSVA, Hygiene, Mikrobiologie	100	▪ Herzchirurgie, Thoraxchirurgie	
▪ Erste Hilfe und Reanimation	30	▪ Augen Chirurgie	
▪ Unfallverhütung	10	▪ Urologie	
▪ Informatik	30	▪ Plastische Chirurgie	
▪ Organisation und Dokumentation	20		
▪ Sprache und Schrifttum	40		
▪ Englisch	20		
Anästhesiespezifischer Unterricht	630	Weitere Einsatzfelder:	720
▪ Anästhesiologie	160	▪ Endoskopie	160
▪ Intensivmedizin	120	▪ Operationsdienst	80
▪ Allgemeine Anästhesiepflege	180	▪ Chirurgische Pflegestation	120
▪ Spezielle Anästhesiepflege	50	▪ Intensivstation	80
▪ Medizintechnik	90	▪ Chirurg. Ambulanz, Notaufnahme	240
▪ Neurologie	10	▪ Zentralsterilisation	40
▪ Grundlagen der Chirurgie	10		
▪ Radiologie	10		
Stundenzahl gesamt:		Stundenzahl gesamt:	3.000

*) Von den praktischen Einsätzen in der Anästhesie sind 10% im Aufwachraum zu verbringen.

B. Anschreiben, Einverständniserklärung, Interviewleitfaden und Fragebogen zur Befragung der Absolventen am Ausbildungsende (Teiluntersuchung 1)

Information zu einer geplanten Untersuchung
für die Absolventen des Pilotprojektkurses
zur integrierten Ausbildung von ATA und OTA

Halle (Saale), 16. Mai 2007

Liebe Schülerinnen und Schüler der Fachrichtungen
Anästhesietechnische Assistenz und Operationstechnische Assistenz,

wir, d. h. Frau Spichale als Leiterin Ihres Ausbildungskurses und Yvonne Selinger als Mitarbeiterin des hiesigen Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, möchten Sie hiermit herzlich um die Teilnahme an einer kleinen Untersuchung zur Evaluation Ihrer durchlaufenen Ausbildung bitten.

Die Untersuchung trägt den Arbeitstitel „Berufsausbildung und Berufseinmündung der ersten integriert ausgebildeten ATA und OTA-Absolventen des Ausbildungszentrums für Gesundheits-fachberufe am Klinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg“.

Das Hauptanliegen der Untersuchung besteht darin, begründete Aussagen zum Ist-Stand und zu möglichen Perspektiven Ihrer Ausbildung am Universitätsklinikum Halle (Saale) im Besonderen und für Deutschland im Allgemeinen abzuleiten.

Dazu sollen Sie als Absolventen der beiden jungen Ausbildungen zu verschiedenen Aspekten Ihrer Berufswahl, zu Ihrer Berufsausbildung und zu Ihren beruflichen Vorstellungen und Plänen befragt werden. Wir erhoffen uns aus Ihren Erfahrungen und Einschätzungen u. a. Hinweise darauf, wie die Ausbildung in formalen und inhaltlichen Aspekten weiterentwickelt werden kann.

Die geplante Befragung mit Ihnen soll nach Abschluss Ihrer Prüfungen stattfinden. Ich (Yvonne Selinger) möchte, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, mit jedem von Ihnen eine Einzelbefragung durchführen. Termin und Ort würde Frau Spichale in Abstimmung mit Frau Vossebrecker in den nächsten Wochen mit Ihnen vereinbaren wollen.

Außer der Terminvereinbarung nehmen weder Frau Spichale noch Frau Vossebrecker oder andere Personen aus dem Ausbildungszentrum oder dem Universitätsklinikum Einfluss auf die Befragung.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese ablehnen. Ihre Ablehnung ist auch noch direkt zum vereinbarten Gesprächstermin möglich.

Wenn Sie sich dazu entschließen, an der Befragung teilzunehmen, soll diese mit dem Ausfüllen eines kurzen Fragebogens beginnen und dann in Form eines Interviews von ca. 30 Minuten Dauer weiter gehen. Ihre Aussagen werden, sofern Sie nichts dagegen haben, aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Wenn Sie gegen eine Aufzeichnung sind, bemühe ich mich, so viel wie möglich mitzuschreiben.

Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sie werden in pseudonymisierter Form, d. h. ohne eine Verbindung zu Ihrer Person und Ihrem Namen, allein durch mich ausgewertet.

Ihre personenbezogenen Daten und Antworten werden nur zum Zweck dieser Untersuchung verwendet. Sie werden nicht an Dritte, hier also insbesondere an Personen des Ausbildungszentrums und des Universitätsklinikums, weitergegeben.

Zur Darstellung der Ergebnisse der Befragung werden Ihre Angaben ausschließlich in verallgemeinerter Form und für Gruppen zusammengefasst dargestellt. Sollten Sie im Gespräch Namen nennen oder Sachverhalte schildern, aus denen man direkt auf Sie oder andere Person schließen könnte, werden diese Angaben verfremdet.

Tonbänder und organisatorische Arbeitsunterlagen zur Untersuchung werden sorgfältig verschlossen aufbewahrt.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden Ihnen gern zur Verfügung gestellt.

Falls Sie weitere Fragen haben, erreichen Sie mich wie folgt:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ° Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8 ° 06097 Halle (Saale)

Tel.: (03 45) 557 4464 (dienstlich) ° Tel.: (03 45) 444 7929 (privat)
E-Mail: yvonne.selinger@medizin.uni-halle.de

Über Ihre Zustimmung, sich an der Befragung zu beteiligen, würden wir uns sehr freuen.

*Es dankt Ihnen für Ihr heutiges Dableiben und
wünscht Ihnen für den Rest Ihrer Ausbildung ein erfolgreiches Gelingen*

[Unterschrift Y. Selinger]

Einwilligungserklärung zu einer Befragung für die Absolventen des Pilotprojektkurses zur integrierten Ausbildung von ATA und OTA

(in zweifacher Ausfertigung: 1 x für die Befragungsteilnehmerin/den Befragungsteilnehmer & 1 x für die Untersucherin)

Name, Vorname: _____

Yvonne Selinger befragt mich heute zum Zweck der Evaluation des Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung von ATA und OTA.

Das Interview wird mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Es wird später verschriftlicht und systematisch weiterverarbeitet. Dabei werden alle personenbezogenen Daten, insbesondere Namen, örtliche und zeitliche Angaben, in der Form verallgemeinert und verfremdet, dass meine Person, aber auch andere Personen und einzelne Abteilungen des Universitätsklinikums daraus i. d. R. nicht erkannt werden dürfen.

Die Auswertung der Daten erfolgt unabhängig von Personen des Ausbildungszentrums und des Universitätsklinikums Halle (Saale). Es erfolgt keinesfalls eine personenbezogene Rückmeldung an diese beiden Einrichtungen.

Ebenso wird mit dem Fragebogen verfahren, den ich neben dem Interview ausfülle.

Ich wurde darüber informiert, dass ich mich auch jetzt noch gegen eine Befragung entscheiden kann. Mir wurde zugesichert, dass darüber keine Information an das Ausbildungszentrum oder das Universitätsklinikum erfolgt.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet wird.
- Ich möchte nicht, dass das Interview aufgezeichnet wird.

Ich gebe hiermit meine Erlaubnis, das Interview wie beschrieben zu führen und dieses sowie den Fragebogen wie oben skizziert zu verwerten.

Falls ich später noch Fragen habe, kann ich mich an die Untersucherin wenden:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ° Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8 ° 06097 Halle (Saale)

Tel.: (03 45) 557 4464 (dienstlich) ° Tel.: (03 45) 444 7929 (privat)
E-Mail: yvonne.selinger@medizin.uni-halle.de

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Interviewleitfaden – Befragung der ATA- und OTA-Absolventen am Ausbildungsende

1) Berufswahl

- Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen? / Welche Motivation steckte dahinter?
- Wer oder was hat den Ausschlag für diese Berufsentscheidung gegeben?
- Welche Rolle spielten ggf. Ihre Eltern und Angehörigen bei Ihrer Berufswahl?
- Was wussten Sie über den Beruf, als Sie sich für die Ausbildung beworben haben?
- Wie haben Sie sich über den Beruf informiert? Welche Rolle spielte die Berufsberatung der Arbeitsagentur?
- Mit welchen Erwartungen sind Sie in die Ausbildung gegangen?
- Entspricht Ihre berufliche Tätigkeit Ihren Erwartungen?

2) Beruf ATA bzw. OTA

- Was macht eine/-n gute/-n ATA bzw. OTA aus? / Was muss sie/er können?
- Welche Voraussetzungen sollte man für Ihren Beruf mitbringen?
- Könnten Sie sich auch vorstellen, anstelle ATA ein/e OTA zu sein [bzw. umgedreht]?
- Was ist das Reizvolle und Spannende an Ihrem Beruf?
- Was ist das Spannende am jeweils anderen Beruf [ATA über OTA bzw. umgedreht]?
- Könnten Sie sich auch vorstellen, als Gesundheits- und Krankenpfleger zu arbeiten? Warum (nicht)?

3) Berufsverständnis

- Was wissen Sie darüber, warum und wie Ihr Beruf entstanden ist?
- Was unterscheidet die Aufgaben der ATA von Fachkrankenpflegenden für Anästhesie und Intensivmedizin [bzw. der OTA von Fachkrankenpflegenden im Operationsdienst]?
- Welche pflegerischen Aufgaben erfüllen Sie in der Anästhesie [bzw. im OP]?
- Ist ATA bzw. OTA ein „Assistenzberuf“?
- Wie denken Sie über die Entstehung neuer Berufe, wie den der Chirurgie-Assistenten (CTA)?
- Ist ATA bzw. OTA ein Frauenberuf / ein frauenfreundlicher Beruf?
- Wie schätzen Sie das Ansehen ihres Berufes (im Krankenhaus) ein?

4) Gemeinsame Ausbildung von ATA und OTA im Modellprojekt

- Inwieweit waren Sie über die Form der integrierten Ausbildung von ATA und OTA informiert?
- Wie erlebten Sie diese Form der Ausbildung?
- Welche Stärken und welche Schwächen hat diese Form der Ausbildung?
- Glauben Sie, dass eine getrennte Ausbildung besser (gewesen) wäre? Inwiefern?

5) Ausbildungsinhalte

- Fühlen Sie sich durch die Ausbildung gut auf Ihren Beruf vorbereitet?
- Wo haben Sie noch Lücken? / Was müssen Sie noch lernen?
- Was sollte in der Ausbildung stärker vermittelt werden?
- Halten Sie ein Anheben oder Absenken der Stundenzahl für den theoretischen Unterricht für sinnvoll?
- Welche Ausbildungsinhalte wurden zu wenig oder zu intensiv thematisiert?

6) Lernen in der Praxis

- Wie viel der praktischen Ausbildungszeit war mit direkter Anleitungs- und Lernzeit ausgefüllt?
- Wer fühlte sich für Ihren Lernprozess in der Praxis verantwortlich?
- Wie gestaltete sich die Einarbeitung in einen neuen Bereich?
- Fühl(t)en Sie sich manchmal überfordert? Inwiefern? [unterfordert? Inwiefern?]
- Inwieweit konnten Sie Ihr theoretisches Wissen in die Praxis umsetzen?
- Wie weit reicht jetzt, gegen Ende der Ausbildungszeit, Ihre Verantwortung / Ihr selbständiges Handeln?
- Gab es in Ihrer (praktischen) Ausbildung Ereignisse (Situationen), die Sie nachhaltig beeindruckt haben? / Welche sind das?
- Haben Sie eine Person in Ihrem Arbeitsumfeld, die Sie als Vorbild bezeichnen würden? / Was macht diese Person aus?
- Haben Sie während der Ausbildung Krisen gehabt? Inwiefern? / Haben Sie auch mal an Abbruch der Ausbildung gedacht?
- Welche Bedeutung messen Sie dem Pflegepraktikum während Ihrer Ausbildung bei?

7) ATA bzw. OTA als Mitglied des OP-Teams

- Wie gehen Pflegende im OP mit Ihnen als Auszubildende/r im ATA- [bzw. im OTA-]Beruf um? / Erleb(t)en Sie z. B. Spannungen und Feindseligkeiten?
- Fühl(t)en Sie sich in das OP-Team integriert?
- Wie werden Sie von Ärzten gesehen?
- Können Sie bitte das Verhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichen Mitarbeitern des OP-Teams etwas näher beschreiben!
- Wie würden Sie das Arbeitsklima allgemein beschreiben?
- Sehen Sie Bedarf dahingehend, dass sich an den Arbeitsbedingungen im OP-Bereich etwas verändert? / Was sollte sich verändern und warum?

8) Berufliche Beanspruchungen von ATA & OTA

- Würden Sie Ihren Beruf als anstrengend bezeichnen? / Was sind die besonderen Belastungen in diesem Beruf? / Was ist daran anstrengend? / Was ist entlastend?
- Ist ATA [bzw. OTA] ein Beruf, den man ein Arbeitsleben lang ausüben kann?
- Was tun Sie als Ausgleich zu den Belastungen des Berufsalltags?

9) Berufseinstimmungsphase und Zukunftspläne

- Sind Sie derzeit zufrieden mit Art und Inhalt Ihrer Arbeit?
- Haben Sie sich in einem anderen Krankenhaus beworben? / Werden Sie sich bewerben?
- In welchem Bereich möchten Sie gerne arbeiten und warum? / In welchem keinesfalls?
- Welche Aufstiegs- oder Spezialisierungsmöglichkeiten bietet Ihr Beruf?
- Was machen Sie in fünf Jahren? / Möchten Sie „Karriere“ machen? / Streben Sie eine weitere Qualifikation an; ggf. welche?
- Haben Sie Interesse daran, einmal im Ausland zu arbeiten? / Wo? / Warum?

10) Resümee

- Bitte machen Sie zum Schluss noch einige Vorschläge zur Weiterentwicklung der ATA- [bzw. der OTA-]Ausbildung – einmal für das hiesige Ausbildungszentrum und Klinikum und ggf. auch ganz allgemein darüber hinaus gehend.

Fragebogen für Absolventen einer ATA- oder einer OTA-Ausbildung

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um den Fragebogen zu bearbeiten!

Bitte füllen Sie den vorliegenden Bogen
durch Ankreuzen bzw. stichpunktartige Notizen aus.

1. Ausbildung: Anästhesietechnische Assistenz (ATA)
 Operationstechnische Assistenz (OTA)
2. Alter: _____
3. a) Ist die jetzige Ausbildung Ihre erste Berufsausbildung? ja nein
b) Wenn „nein“, welchen Beruf bzw. welche Berufe haben Sie bereits erlernt?

4. Wenn Sie heute noch einmal vor eine Berufswahl treffen sollten, welche wäre das?

5. Bitte schätzen Sie die in der folgenden Tabelle aufgeführten Gründe für Ihre Berufswahl nach deren Bedeutung/Wichtigkeit von 1 (sehr wenig) bis 7 (sehr viel) ein.
 Kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie am ehesten Zutreffendste an.

	1 = sehr wenig ↔ 7 = sehr viel						
interessante Tätigkeit	1	2	3	4	5	6	7
viel Kontakt zu anderen Menschen	1	2	3	4	5	6	7
der Wunsch nach Bewunderung	1	2	3	4	5	6	7
Höhe des Einkommens	1	2	3	4	5	6	7
ein Beruf, bei dem man anderen helfen kann	1	2	3	4	5	6	7
Interesse an der Medizin	1	2	3	4	5	6	7
ein Beruf, der anerkannt und geachtet wird	1	2	3	4	5	6	7
sicherer Arbeitsplatz	1	2	3	4	5	6	7
gibt einem das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun	1	2	3	4	5	6	7
Wunsch nach einem Beruf, der mir viel Freizeit lässt	1	2	3	4	5	6	7
Interesse an der Pflege	1	2	3	4	5	6	7
die Realisierung meiner Begabungen und Neigungen	1	2	3	4	5	6	7
Aufgabe, die viel Verantwortungsbewusstsein fordert	1	2	3	4	5	6	7
Möglichkeit zu späterer Spezialisierung	1	2	3	4	5	6	7
die Hoffnung, Dankbarkeit der Patienten zu erleben	1	2	3	4	5	6	7
eine Tätigkeit, bei der man selbstständig arbeiten kann	1	2	3	4	5	6	7
Streben nach Selbstverwirklichung	1	2	3	4	5	6	7
Möglichkeit zum kreativen Arbeiten	1	2	3	4	5	6	7
gute Aufstiegsmöglichkeiten	1	2	3	4	5	6	7
der Wunsch, mit Ärzten zusammenzuarbeiten	1	2	3	4	5	6	7
das Verlangen, gebraucht zu werden	1	2	3	4	5	6	7
Arbeit im Team	1	2	3	4	5	6	7
Möglichkeit von Teilzeitarbeit	1	2	3	4	5	6	7
ein Beruf, der für die Gesellschaft wichtig ist	1	2	3	4	5	6	7
sichere und gesunde Arbeitsbedingungen	1	2	3	4	5	6	7
kostenlose Ausbildung/Ausbildungsvergütung	1	2	3	4	5	6	7
Beruf, den man überall (auch im Ausland) ausüben kann	1	2	3	4	5	6	7
ich wusste nicht recht, was ich sonst machen sollte	1	2	3	4	5	6	7
es bestand eigentlich keine Wahlmöglichkeit	1	2	3	4	5	6	7

6. Die folgenden Fragen dienen dazu herauszufinden, wo die Ausbildung auf Seiten der Berufsfachschule Stärken hat und wo es Verbesserungsbedarfe gibt.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile jeweils das Kästchen an, das Ihre Meinung am ehesten wiedergibt.

Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit jede Frage, auch wenn Ihnen die eine oder andere vielleicht etwas eigenartig erscheint. Grundlage der Fragen ist ein international erprobter und wissenschaftlich geprüfter Fragebogen zur Selbstevaluation in Schulen („SEIS“).

	stimme völlig zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß nicht
1) Das Leistungsniveau der Auszubildenden in meinem Kurs ist insgesamt hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Das Niveau der Ausbildung ist insgesamt hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ich lerne, so gut ich kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ich finde, dass mich die Ausbildung in Theorie und Praxis gut auf den Beruf vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Die meisten Lehrer und Dozenten benutzen die folgenden Lernmethoden im Unterricht:					
▪ Lehrer/Dozent erklärt und stellt Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Arbeitsblätter benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ mit dem Lehrbuch arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Schüler finden selbst Lösungen für Probleme/Aufgabenstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Videos und Filme anschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ am Computer arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ das Internet zur Informationssuche nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ über mehrere Unterrichtsstunden an einem Projekt oder einer Aufgabe arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Schüler arbeiten in Gruppen zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Schüler diskutieren miteinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Schüler halten Vorträge vor der Klasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ an Klassenfahrten/Exkursionen teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Schüler lernen in Situationen, die an die Wirklichkeit angelehnt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Die meisten Lehrer/Dozenten verwenden regelmäßig verschiedene Unterrichtsmethoden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Die Lehrer/Dozenten verdeutlichen, welche Relevanz die einzelnen bearbeiteten Themen für meinen Beruf haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Ich bin mit der Qualität des Unterrichts an der Schule zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Die Lehrer/Dozenten benutzen folgende Methoden, um unsere Leistungen zu bewerten:					
▪ Die Lehrer/Dozenten geben regelmäßig Rückmeldungen über meine Leistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Ich bewerte meine eigenen Leistungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Ich schreibe auf, was ich gelernt habe (z. B. Lerntagebuch).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Es werden Klausuren/Tests über das geschrieben, was wir gelernt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Andere Schüler bewerten meine Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Ich bewerte meine Arbeit anhand von Kriterien, die im Unterricht entwickelt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme völlig zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß nicht
10) Der Unterricht unterstützt dabei zu lernen:					
▪ gut mit anderen zusammenzuarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ die Meinungen anderer zu respektieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ einen Teil zur Arbeit einer Gruppe beizutragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ eigenständig an Aufgaben zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ zu erkennen, worin ich gut bin und worin ich besser sein könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ aus meinen Fehlern zu lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ unterschiedliche Strategien anzuwenden, um Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Probleme auch aus der Sicht anderer zu beurteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ die richtigen Informationen zu finden, auszuwählen und zu nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ meinen Arbeitsplatz zu organisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ meine Zeit einzuteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Prioritäten zu setzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ auf Arbeitssicherheit zu achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ gesund zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ mit Belastungen umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Wenn an unserer Schule Entscheidungen getroffen werden, die die Auszubildenden betreffen, wird deren Meinungen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Ich bin damit zufrieden, wie an unserer Schule Entscheidungen getroffen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Die meisten meiner Lehrer/Dozenten behandeln mich gerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Die Lehrer/Dozenten lassen uns ihren Unterricht regelmäßig bewerten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Die Schule ist ein sehr einladender und freundlicher Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Ich komme mit den meisten meiner Lehrer/Dozenten gut aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) In meinem Kurs kommen die meisten Auszubildenden gut miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Ich versuche, meine Schule gut nach außen zu vertreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) In meiner Schule werde ich unterstützt, wenn ich Probleme habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Das Lernen im praktischen Teil der Ausbildung ist sehr gut möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Ich bin mit der Qualität des Lernens in der Praxis zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Ich fühle mich den Anforderungen des Berufsalltags eines ATA bzw. OTA gut gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

C. Teilnehmer und formale Aspekte der Interviews der Teiluntersuchung 1

Teilnehmer	Angaben zu den Teilnehmern		Formale Aspekte der Interviews	
	Alter/ Geschlecht/ Schulabschluss	Vorheriger Berufsabschluss, ggf. pflegerische Vorerfahrung	Datum/Beginn, Dauer (Band), Seiten Transkript	Interviewort, Störungen/Ursache
A1 ¹	34, m., 10. Klasse	„im Computerfach“, Zivildienst im OP-Bereich	12.06.2007/09.15 Uhr, 50 min. (42 min.), 12 ¼	Büro der Untersucherin, keine Störung
A2	20, m., 10. Klasse	nein	22.06.2007/14.35 Uhr, 30 min. (14 min.), 6 ¼	Seminarraum Zentral-OP, keine Störung
A3 ²	22, w., 12. Klasse	nein, Schulpraktikum in der Pflege	29.06.2007/14.30 Uhr, 45 min. (33 min.), 15 ½	Seminarraum Zentral-OP, keine Störung
A4	21, w., 10. Klasse	keine vorherige Ausbildung, Schulpraktikum in der Pflege		
A5	28, w., 10. Klasse	Wirtschaftsassistentin, Kauffrau im Groß- und Außenhandel, Schulpraktikum in der Pflege		
A6	28, m., 10. Klasse	Gas- und Wasserinstallateur, Schulpraktikum in der Pflege	02.07.2007/14.30 Uhr, 35 min. (17 min.), 7 ¾	ein Büro im Zentral-OP, gegen Ende kurze Unterbrechung (Aufnahme gestoppt) – Pflegende kommt und sendet ein Fax
A7	20, w., 10. Klasse	nein, Schulpraktikum in der Pflege	27.07.2007/14.25 Uhr, 35 min. (21 min.), 8 ½	Seminarraum Zentral-OP, keine Störung
A8	21, w., 10. Klasse	nein	30.07.2007/14.25 Uhr, 40 min. (24 min.), 9	Seminarraum Zentral-OP, keine Störung
O1	50, w., 10. Klasse	Kinderkrankenschwester	12.06.2007/08.10 Uhr, 45 min. (22 min.), 8 ½	Büro der Untersucherin, keine Störung
O2	k. A., w., 10. Klasse	Krankenschwester	15.06.2007/13.00 Uhr, 35 min. (18 min.), 7 ¾	Büro der Untersucherin, keine Störung
O3	23, m., 12. Klasse	nein, zuvor Zivildienst in Behinderteneinrichtung	09.07.2007/14.30 Uhr, 50 min. (41 min.), 15	Seminarraum Zentral-OP, einmal Telefonklingeln, falsch gewählt
O4	29, m., 10. Klasse	abgeschlossene Ausbildung als Maurer, Zivildienst in der häuslichen Pflege	13.07.2007/13.10 Uhr, 45 min. (21 min.), 9 ¼	Büro der Untersucherin, Kollegin, trotz „Bitte nicht stören“-Schild
O5	22, w., 12. Klasse	nein, Schulpraktikum in der Pflege	23.07.2007/14.40 Uhr, 35 min. (24 min.), 9 ½	Seminarraum Zentral-OP, keine Störung
O6	25, m., 10. Klasse	Fleischer, Zivildienst im OP-Bereich	26.07.2007/14.25 Uhr, 30 min. (18 min.), 7	Seminarraum Zentral-OP, keine Störung

¹ Die Interviews bzw. Interviewteilnehmer wurden getrennt nach den befragten ATA- und OTA-Auszubildenden in der jeweiligen zeitlichen Reihenfolge nummeriert, in der die Befragungen stattfanden. Der Nummer des Interviews wurde für die befragten ATAs ein „A“ und für die befragten OTAs ein „O“ vorangestellt.

² Das dritte Interview mit ATAs fand als Gruppeninterview mit drei Teilnehmern statt. Diesen Teilnehmern wurden die Interviewnummern A3, A4 und A5 zugeordnet.

D. Anschreiben 1 und 2 sowie Fragebogen zur Befragung der Absolventen nach ihrer Berufseinmündung (Teiluntersuchung 2)

(Anschreiben 1 in der Version für die ATA-Absolventen)



**MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG**

Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
German Center for Evidence-based Nursing »sapere aude«

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

An

...
...
...

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen

Datum
11. September 2008

Sehr geehrter ...,

inzwischen liegt Ihre Ausbildungszeit zum Anästhesietechnischen Assistenten etwas mehr als ein Jahr zurück. Gerne möchten wir Sie bitten, sich im Rahmen der Evaluation des Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung von ATA und OTA am Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe des Universitätsklinikums Halle (Saale) noch einmal befragen zu lassen.

Hierzu möchte ich Ihnen in den nächsten Tagen einen Fragebogen zusenden mit der herzlichen Bitte, sich etwa eine halbe Stunde Zeit zu nehmen, um diesen auszufüllen und in einem dann beiliegenden, frankierten Rückumschlag zurückzusenden.

Alle Daten werden vertraulich behandelt, keinesfalls an Dritte weitergegeben und nur zum Zweck der oben benannten Untersuchung in verallgemeinerter Form ohne Verbindung zu Einzelpersonen und zu Namen ausgewertet.

Sie unterstützen mit Ihren Angaben ggf. die Verbesserung der Ausbildung und die Etablierung Ihres Berufes im Feld der Gesundheitsberufe. Es entstehen Ihnen aber selbstverständlich auch keine Nachteile, wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen.

Für die Zeit und Mühe, die Sie zum Ausfüllen des Fragebogens aufwenden werden, möchte ich mich bereits jetzt bedanken.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung unter:

Tel.: (0345) 557 44 64 (Büro) oder (0345) 444 79 29 (abends)
E-Mail: yvonne.selinger@medizin.uni-halle.de

Mit freundlichen Grüßen verbleibt derweil

[Unterschrift Y. Selinger]

(Anschreiben 2)



**MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG**

Medizinische Fakultät

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

German Center for Evidence-based Nursing »sapere aude«

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

An

...

...

...

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen

YS

Datum

17. September 2008

Sehr geehrter ...,

wie im Schreiben vom 11. September 2008 angekündigt, möchte ich Sie hiermit bitten, sich noch einmal im Rahmen der Evaluation des Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung von ATA und OTA befragen zu lassen.

Dazu finden Sie beiliegend einen Fragebogen. Bitte lassen Sie sich von diesem auf den ersten Blick recht umfangreichen Papier nicht irritieren. Viele Fragen lassen sich in kurzer Zeit beantworten. Versprochen. Die Fragen drehen sich um Ihre Einschätzungen zu Ihrer Berufswahl und zum Berufsbild ATA bzw. OTA. Es geht um eine Rückschau auf Ihre Ausbildung und um einen Blick auf Ihre jetzige Tätigkeit sowie auf Ihre beruflichen Erfahrungen und Pläne.

Sie leisten mit Ihren Angaben einen Beitrag zur Diskussion um die Weiterentwicklung der Berufsausbildung und die Etablierung Ihres Berufes im Feld der Gesundheitsberufe. Ihnen entstehen selbstverständlich aber keine Nachteile, wenn Sie sich nicht an der Befragung beteiligen.

Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, nur zum Zweck der oben benannten Untersuchung in verallgemeinerter Form ohne Verbindung zu Einzelpersonen oder gar Namen ausgewertet und keinesfalls an Dritte weitergegeben.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag nach Möglichkeit bis Mittwoch, den **15. Oktober 2008**, zurück.

*Für die Zeit und Mühe, die Sie ggf. zum Ausfüllen des Fragebogens aufwenden werden,
möchte ich mich sehr bedanken. Eine kleine Aufwandsentschädigung finden Sie beiliegend.*

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung unter:

Tel.: (0345) 557 – 44 64 (Büro) oder (0345) 444 79 29 (abends)

E-Mail: yvonne.selinger@medizin.uni-halle.de

Mit bestem Dank und freundlichen Grüßen

[Unterschrift Y. Selinger]

Fragebogen für Absolventen einer ATA-Ausbildung mit Berufserfahrung

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um den Fragebogen zu bearbeiten!

- Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen.
- Einige Fragen enthalten zusätzliche Erläuterungen in *kursiver Schrift*, die Ihnen das Ausfüllen erleichtern sollen.
- Bei den meisten Fragen sollen Sie bitte jeweils ankreuzen, welcher Aussage Sie (am ehesten) zustimmen.
- Manche Fragen sind in eigenen Worten zu beantworten. Das können Sie gerne stichpunktartig tun.
- Der Fragebogen richtet sich an all jene ATA-Absolventen, die nach Ihrer Ausbildung in diesem Beruf tätig geworden sind.

Falls Sie derzeit nicht in Ihrem erlernten Beruf als ATA tätig sind, was ist der Grund dafür?

- nach der Ausbildung gar nicht als ATA tätig geworden
 Elternzeit/Kinderbetreuung
 Langzeiterkrankung
 Berufswechsel
 Studium, berufliche Weiterbildung
 anderes, und zwar _____

Wie lange sind Sie ggf. nicht mehr als ATA tätig?

- seit weniger als ½ Jahr
 ½ bis 1 Jahr

- Falls Sie nach Ihrer Ausbildung zu keinem Zeitpunkt als ATA gearbeitet haben, füllen Sie den Bogen bitte nicht weiter aus. Bitte senden Sie ihn im beiliegenden Umschlag leer zurück. Danke.
- Falls Sie derzeit nicht in diesem Beruf arbeiten, aber nach Ihrer Ausbildung darin tätig waren, versetzen Sie sich bitte diese Zeit zurück und füllen Sie den Fragebogen bitte aus dieser Perspektive aus. Danke.

A) Berufswahl und Berufsbild

1. Was war – rückblickend gesehen – ausschlaggebend für Ihre Entscheidung, eine Ausbildung als ATA zu beginnen?

Bitte antworten Sie in eigenen Worten.

2. Stimmen Ihre heutigen Vorstellungen vom Beruf ATA noch mit den Vorstellungen überein, die Sie zu Beginn Ihrer Ausbildung hatten?

vollständig überwiegend kaum gar nicht

3. Wie hat sich Ihr Bild vom Beruf ATA verändert?

eher zum Positiven keine Veränderung eher zum Negativen

4. Was hat sich an Ihren Vorstellungen vom Beruf im Vergleich zu Ihren Vorstellungen zu Beginn Ihrer Ausbildung geändert?

5. In welcher Hinsicht stellt die Tätigkeit als ATA ggf. geringere oder höhere Anforderungen an Sie, als Sie damals gedacht haben?

6. Wenn Sie an Ihre Idealvorstellungen von einer Tätigkeit in der Anästhesie denken, wo gibt es nach Ihrer bisherigen Erfahrung wesentliche Unterschiede zur Praxis?

7. Worin unterscheiden sich die Tätigkeiten von ATA und Pflegenden mit Fachweiterbildung in der „Anästhesie & Intensivpflege“?
-
-
-
-

8. Wie beurteilen Sie die **Akzeptanz** von ATA durch die im Folgenden aufgeführten Personen-gruppen an Ihrem Arbeitsort?

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile Ihre Einschätzung an.

	sehr gut	gut	weniger gut	unzureichend
Pflegende mit Fachweiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegende ohne Fachweiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediziner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter des Krankenhauses außerhalb von OP und Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie beurteilen Sie den **Informationsstand** der aufgeführten Personengruppen an Ihrem Arbeitsort über Ihren Ausbildungsgang in der ATA?

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile Ihre Einschätzung an.

	sehr gut	gut	weniger gut	unzureichend
Pflegende mit Fachweiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegende ohne Fachweiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediziner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter des Krankenhauses außerhalb von OP und Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie hilfreich/nützlich finden Sie die folgenden Fähigkeiten für eine/n ATA?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Grad der Nützlichkeit an, der Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

	sehr nützlich	↔	weniger nützlich
Gespräche mit Patienten angemessen gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen/Vorgesetzten angemessen gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konstruktive Kritik äußern und Kritik annehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Erwartungen/Bedürfnisse deutlich machen und situationsgerecht durchsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Erwartungen/Bedürfnisse zurückstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Ansichten darstellen und begründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mündlich und schriftlich ausdrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Konfliktlösungen beitragen/Kompromisse eingehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Mitarbeitern anderer Berufsgruppen zusammenarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angemessener Umgang mit Nähe und Distanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Menschen professionell berühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich in die Situation anderer Menschen hineinversetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung siehe bitte nächste Seite ...

... Fortsetzung der Frage 10. Wie hilfreich/ nützlich finden Sie die folgenden Fähigkeiten für eine/ n ATA?

	sehr nützlich	←	→	weniger nützlich
eigene körperliche Belastungen aushalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene psychische/ seelische Belastungen aushalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die eigene körperliche und seelische Gesundheit pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Belastungen wahrnehmen und angemessen damit umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigenständig Weiterlernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich der Verantwortung der Arbeit bewusst sein und entsprechend handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigenes Verhalten/Handeln selbstkritisch reflektieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit eigenen Werten und Normen auseinandersetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit eigenen Gefühlen wie Wut, Trauer, Ekel, Scham auseinandersetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbstständig Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungen gemeinsam mit anderen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegetechniken situationsgerecht anwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche/psychische Reaktionen beobachten und beurteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressourcen von Patienten erkennen und nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktivierend und/oder kompensierend pflegen und unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen in Krisensituationen begleiten und unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nach einem bestimmten (Pflege-)modell handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit medizinischen Apparaturen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über Patienten sachgerecht weitergeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenhänge von Krankheiten/Symptomen erkennen und verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgebung der Patienten für diese angenehm gestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Notfällen angemessen handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
notwendige Informationen beschaffen und auswerten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Pflege-)maßnahmen planen, durchführen und deren Wirksamkeit angemessen beurteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung von Problemlösungsstrategien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf wirtschaftlichen Umgang mit Sachmitteln achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinische Geräte und Instrumente pflegen und warten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
administrative Aufgaben erledigen, z. B. Daten dokumentieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wenn Sie noch einmal Ihre Berufswahl treffen könnten: Würden Sie wieder eine Ausbildung zum ATA machen?

- auf jeden Fall
- wahrscheinlich
- vielleicht
- wahrscheinlich nicht
- auf keinen Fall

B) Rückschau auf Ihre Ausbildung

1. Wenn Sie die Anforderungen in der Praxis betrachten und noch einmal zurückblicken, auf welche der folgenden Themen wurde Ihrer Ansicht nach in Ihrer Ausbildung zu wenig Wert gelegt und welche Themen haben einen zu breiten Raum eingenommen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile jeweils das Kästchen an, das Ihre Meinung am ehesten wiedergibt.

	zu wenig	gerade richtig	zu viel
Gemeinsame theoretische Ausbildung			
Englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde/Ethik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anatomie/Physiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Krankheitslehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine OP-Lehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittellehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZSVA/Hygiene/Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenpflege/Ambulanz/Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation und Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie/Lehr- und Lernmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache und Schrifttum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallverhütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erste Hilfe und Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anästhesiespezifische theoretische Ausbildung			
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anästhesiepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizintechnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anästhesiespezifische praktische Ausbildung			
Obligatorische Fachgebiete, und zwar:			
- Viszerale Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traumatologie/Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gynäkologie/Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ambulantes Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schmerzambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fakultative Fachgebiete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatzzeit im Aufwachraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgische Pflegestation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgische Ambulanz/Notaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentralsterilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wenn Sie heute zurückblicken, wie fühlten Sie sich zum Abschluss Ihrer Ausbildung auf Ihren Beruf vorbereitet?

Bitte kreuzen Sie den Grad Ihres damaligen Empfindens an.

sehr gut eher gut eher weniger gut unzureichend

3. Stellen Sie sich bitte vor, Sie würden nochmal mit einer ATA-Ausbildung beginnen. Welche Verbesserungen würden Sie sich wünschen?

Bitte kreuzen Sie Ihre Verbesserungswünsche an. Mehrfachnennungen sind möglich.

- mehr praktische Ausbildung
- mehr theoretische Ausbildung
- längere Ausbildung
- kürzere Ausbildung
- bessere Abstimmung zwischen Praxis und Theorie
- qualifiziertere Lehrende für den Unterricht
- qualifiziertere Anleiter bzw. Mentoren mit besserer Qualifikation
- bessere Vorbereitung auf den Praxiseinsatz im Unterricht
- mehr Reflexionsmöglichkeiten der Praxiserfahrungen im Unterricht
- mehr medizinische Inhalte
- mehr pflegerische Inhalte
- mehr Förderung sozialer Fähigkeiten im Unterricht
- mehr Kommunikation/Gesprächsführung im Unterricht
- bessere Lehr-/Lernmittel
- keinen der aufgeführten Aspekte empfinde ich als zutreffend

anderes, und zwar: _____

4. Wie beurteilen Sie die Qualität Ihrer in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse?

	sehr gut	eher gut	eher weniger gut	unzureichend
praktische Fertigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
theoretisches Kenntnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kenntnisse über die Gegebenheiten des Praxisfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie beurteilen Sie Ihre Anleitung während der praktischen Ausbildung?

sehr gut eher gut eher weniger gut unzureichend

6. Wurde während Ihrer praktischen Ausbildungszeit Ihr jeweiliger Ausbildungsstand berücksichtigt?

- ja, im Großen und Ganzen
- nein, ich fühlte mich häufig unterfordert
- nein, ich fühlte mich häufig überfordert

7. Erscheint Ihnen das Bewerbungs-/Auswahlverfahren zur Erfassung der Eignung für den ATA-Beruf angemessen?

sehr gut eher gut eher weniger gut unzureichend

8. Erscheinen Ihnen die Abschlussprüfungen geeignet zur Erfassung der Berufsfähigkeit?

sehr gut eher gut eher weniger gut unzureichend

9. Bitte nehmen Sie im Folgenden eine Einschätzung der Rahmenbedingungen für die Auszubildenden vor, die derzeit in Ihrem jetzigen Arbeitsumfeld lernen.

Bitte kreuzen Sie wieder in jeder Zeile jeweils das Kästchen an, das Ihre Meinung am ehesten wiedergibt.

	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß nicht
Personalknappheit wirkte sich ungünstig auf die Anleitung und das Lernen in der Praxis aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anleitung von Auszubildenden erfolgt in der Praxis eher zufällig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auszubildenden sind in der Praxis zu viel auf sich allein gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildende werden nicht primär als Lernende wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissenslücken der Lehrenden in der Schule beschränken den Lernerfolg der Auszubildenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht kontinuierlich aktualisiertes Wissen bei Praktikern schränkt den Lernzuwachs bei Auszubildenden ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Auffassungen darüber, was die Auszubildenden wissen und können sollen, führen zu Problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zielsetzungen für die theoretische und praktische Ausbildung sind aufeinander abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praktiker setzen sich mit ihren fachlichen Vorstellungen gegenüber dem Schulwissen durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die fachlichen Vorstellungen der Praktiker entsprechen oft nicht denen der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Distanz zwischen Schule und Praxis erweist sich als zu groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kommunikation zwischen den beiden Lernorten Schule und Praxis ist gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auszubildenden sind mit verantwortlich für die Lernprozesse in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auszubildenden nutzen von sich aus Lernmöglichkeiten in der Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) Ihre jetzige Tätigkeit und Ihre beruflichen Erfahrungen

1. Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer Arbeitsstelle?

Bitte kreuzen Sie den Grad Ihrer Zufriedenheit an.

sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden völlig unzufrieden

2. Haben Sie einen zeitlich befristeten oder unbefristeten Arbeitsvertrag?

befristet unbefristet

3. In welchem Umfang sind Sie beschäftigt?

Vollzeitbeschäftigung Teilzeitbeschäftigung derzeit nicht berufstätig

4. Wie viele Stunden pro Woche haben Sie (regelmäßig) laut Vereinbarung zu arbeiten?

_____ Stunden

5. Wie viele Überstunden leisten Sie durchschnittlich im Monat?

_____ Stunden

6. Wie werden die Überstunden überwiegend abgegolten?

überhaupt nicht Freizeitausgleich Auszahlung sonstiges: _____

7. Leisten Sie Schichtdienst?

nein ja

8. Leisten Sie Nacht- und/oder Wochenenddienste?

Nachtdienst Wochenenddienst weder noch

9. Leisten Sie Bereitschaftsdienste?

nein ja

10. In welcher Einrichtung möchten Sie gerne tätig sein?

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Universitätsklinikum
- Allgemeines Krankenhaus
- Fachkrankenhaus
- Ambulantes OP-Zentrum
- Endoskopie
- Zentralsterilisation
- Facharztpraxis

11. Haben Sie innerhalb der letzten zwölf Monate ein- oder mehrmals ernsthaft daran gedacht, mit Ihrer Tätigkeit in der ATA aufzuhören?

Nicht auszufüllen, falls Sie derzeit nicht als ATA angestellt sind.

nein ja

Falls „ja“, was war der (wesentlichste) Grund dafür?

12. Die folgende Skala bezieht sich auf Ihre persönliche Einschätzung Ihrer derzeitigen Arbeitsbedingungen.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Grad Ihrer Zustimmung zu den jeweiligen Aussagen an.

	stimme völlig zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Allgemeine Arbeitsbedingungen				
Hier herrscht häufig Personalmangel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier wechselt häufig das Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist keine Zeit für Pausen und Erholung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier gibt es zu viel Unruhe und Hektik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Raumklima (Licht, Temperatur, Geruch) ist belastend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit ist körperlich sehr anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitszeitregelungen sind ungünstig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Arbeitsbedingungen und -belastungen				
Meine Arbeit ist abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meine Ansprüche in die Praxis umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für berufliche Probleme habe ich <u>hier</u> einen Ansprechpartner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme ausreichend Anerkennung von den Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fehlt an Anerkennung meiner Leistungen durch Vorgesetzte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß oft nicht, was man von mir erwartet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft nicht gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe zu wenig persönlichen Entscheidungs- und Handlungsspielraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meine Arbeit nach eigenen Vorstellungen durchführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, anderen Menschen helfen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe, dass meine Arbeit erfolgreich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgesetzte motivieren und fördern mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Umgang mit Patientenschicksalen belastet mich sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt für mich genug Möglichkeiten der Fortbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Beruf erhält viel zu wenig gesellschaftliche Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhältnis zwischen den Mitarbeitern				
Hier kann ich Vorgesetzten gegenüber sagen, was ich denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme werden im Team offen angesprochen und gelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter Kollegen geht man fair miteinander um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einigen Kollegen fehlt es an Erfahrung, Können und Motivation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier können Mitarbeiter Veränderungsvorschläge durchsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Betriebsklima ist hier angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherung				
Hier wird viel Wert auf gute Versorgungsqualität gelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätssicherungsmaßnahmen spielen eine große Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) Berufliche Pläne

1. Wie lange wollen Sie Ihre ATA-Tätigkeit ausüben?

Bitte kreuzen Sie eine Aussage an.

- so lange wie möglich
- noch einige Jahre
- so schnell wie möglich aufhören
- weiß nicht
- habe schon aufgehört

2. Haben Sie vor, sich weiter zu qualifizieren?

- nein ja ich befinde mich bereits in einer Weiterqualifikation

Falls „ja“, an welche Art der Weiterqualifizierung denken Sie?

Mehrfachnennungen sind möglich.

- einen anderen Beruf neu erlernen
- Praxisanleiter
- Kardiotechniker
- andere Art der Weiterbildung
- Studium Richtung Pflege- und Gesundheitsmanagement/-wissenschaft/-pädagogik
- Studium Medizin
- andere Studienrichtung
- weiß ich noch nicht

3. Empfinden Sie in Ihrem Arbeitsalltag Lernerfolge?

	ja, oft	hin und wieder	selten	gar nicht
praktische Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
theoretisches Wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönliche Erfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Haben Sie in den letzten 12 Monaten an Fort- und Weiterbildungen teilgenommen?

- nein ja, an innerbetrieblichen Veranstaltungen ja, an Veranstaltungen außerhalb der eigenen Einrichtung

Falls „ja“, zu welchen Themen?

5. Lesen Sie regelmäßig in einer Fachzeitschrift?

- nein ja, und zwar folgende: _____

6. Gehören Sie einem oder mehreren Berufsverband/-verbänden an?

nein ja, und zwar folgendem/n: _____

7. Wie schätzen Sie die Zukunft des ATA-Berufs ein, z. B. hinsichtlich Veränderungen von Aufgabenprofil, Verantwortlichkeiten, Zusammenwirken mit anderen Berufsgruppen?

Skizzieren Sie bitte in eigenen Worten stichpunktartig ein Zukunftsszenario.

E) Noch zwei Fragen zu Ihrer Person

1. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an: _____

2. Ihr Geschlecht: männlich weiblich

Platz, falls Sie noch Anmerkungen zur Thematik haben:

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragebogen im beigefügten Umschlag bitte zurück an:

Martin-Luther-Universität, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
z. Hd. Yvonne Selinger, Magdeburger Straße 8, 06097 Halle (Saale)

E. Anschreiben und Fragebogen zur Pflegedienstdirektorenbefragung (Teiluntersuchung 3)



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
German Center for Evidence-based Nursing »sapere aude«

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

An

...
...
...
...

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen

Datum
6. Februar 2009

Sehr geehrte ...,

hiermit möchten wir Sie herzlich um Ihre Unterstützung bitten.

Hintergrund dieser Bitte sind die aktuellen Diskussionen zur Schaffung neuer Berufsbilder im Feld der Gesundheitsfachberufe. Eines dieser neuen Berufsbilder ist das der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA).

Die Ausbildung von Anästhesietechnischen Assistenten findet derzeit unter der Aufsicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Form von Pilotprojekten statt. Eine staatliche Anerkennung der Ausbildung liegt bisher nicht vor, wird jedoch von den Projektakteuren angestrebt.

Eines der Pilotprojekte zur Ausbildung von ATA wird durch uns, d. h. das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität, evaluiert. In diesem Rahmen möchten wir durch eine bundesweite Befragung den grundsätzlichen Bedarf für eine grundständige Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst ermitteln. Aus diesem Grund wenden wir uns auch an Sie.

Wir wären Ihnen sehr dankbar dafür, wenn Sie sich einige Minuten Zeit nehmen könnten, um den beiliegenden Fragebogen zu beantworten und wenn Sie ihn dann bis zum **23. Februar 2009** im beiliegenden Umschlag zurücksenden würden.

Für Rückfragen steht Ihnen gerne zur Verfügung:

E-Mail: yvonne.selinger@medizin.uni-halle.de, Tel.: (0345) 557 - 4464

Wir bedanken uns sehr für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift Y. Selinger]

Stellv. Direktorin:
Prof. Dr. Margarete Landenberger
Mitarbeiterin: Dipl.-PGw. Yvonne Selinger

Tel: (03 45) 5 57-44 66 Sekretariat
(03 45) 5 57-44 64 YS
Fax: (03 45) 5 57-44 71

E-Mail: manuel.friede@medizin.uni-halle.de (Sekretariat)
margarete.landenberger@medizin.uni-halle.de
yvonne.selinger@medizin.uni-halle.de

Hausanschrift:
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)



Fragebogen zum Bedarf an einer
staatlich anerkannten grundständigen Berufsausbildung
für den Anästhesie-Funktionsdienst

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um den Fragebogen zu bearbeiten!

- Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen.
- Bei den meisten Fragen sollen Sie bitte jeweils ankreuzen, welcher Aussage Sie (am ehesten) zustimmen.
- Manche Fragen sind in eigenen Worten zu beantworten. Das können Sie gerne stichpunktartig tun.
- Einige Fragen enthalten zusätzliche Erläuterungen in *kursiver Schrift*, die Ihnen das Ausfüllen erleichtern sollen.

A) Personalsituation im Anästhesie-Funktionsdienst

1. Wie ist die Personalsituation im Pflegedienst in Ihrem Krankenhaus derzeit allgemein?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an. Danke.

- es gibt eine Überkapazität im Pflegepersonalbereich
 die Pflegepersonalkapazität entspricht dem definierten Bedarf
 es gibt derzeit offene Stellen im Pflegepersonalbereich, die aufgrund fehlender Bewerber nicht besetzbar sind

2. Wie viele Vollkraftstellen im **Anästhesie**-Funktionsdienst gibt es in Ihrem Krankenhaus?

- 1 bis 5 6 bis 10 11 bis 20 mehr als 20

3. Gibt es bei Ihnen derzeit offene Stellen im **Anästhesie**-Funktionsdienst, die aufgrund fehlender geeigneter Bewerber nicht besetzbar sind?

- nein ja

4. Erwarten Sie für die kommenden ca. fünf Jahre Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen im **Anästhesie**-Funktionsdienst?

- nein, keinesfalls eher nein eher ja ja, sehr wahrscheinlich

5. Wie groß ist der Anteil der Mitarbeiter/innen im **Anästhesie**-Funktionsdienst Ihres Hauses, die über eine **abgeschlossene** Fachweiterbildung für dieses Tätigkeitsfeld verfügen?

- weniger als 25% der Mitarbeiter
 etwa 25 bis 50% der Mitarbeiter
 mehr als 50% der Mitarbeiter

6. Gibt es in Ihrem Krankenhaus offene Stellen im **Ärztlichen Dienst für die Anästhesie**, die derzeit nicht besetzbare sind?

nein ja ist mir nicht bekannt

7. Im Folgenden finden Sie sechs Aussagen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage jeweils das Kästchen an, das Ihre Einschätzung am ehesten wiedergibt.

	stimme völlig zu	stimme eher zu	bin geteilter Meinung	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Die körperlichen Belastungen im Anästhesie-Funktionsdienst sind bis zum Erreichen des Rentenalters für die Mitarbeiter/innen tragbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die psychischen Belastungen im Anästhesie-Funktionsdienst sind bis zum Erreichen des Rentenalters für die Mitarbeiter/innen tragbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter/innen im Anästhesie-Funktionsdienst haben ausreichend attraktive berufliche Entwicklungsmöglichkeiten .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Fluktuation von Mitarbeiter/innen aus dem Anästhesie-Funktionsdienst ist es derzeit schwierig, den Personalbestand aufrecht zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Anteil der älteren Mitarbeiter/innen im Anästhesie-Funktionsdienst wird sich in den nächsten Jahren erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zukünftig sollten speziell qualifizierte Fachkräfte des Anästhesie-Funktionsdienstes eigenverantwortlich Narkosen überwachen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Welche Erwartungen haben Sie an die „optimale“ Mitarbeiterin / den „optimalen“ Mitarbeiter für den Anästhesie-Funktionsdienst?

Bitte nennen Sie drei Eigenschaften/Voraussetzungen/Fähigkeiten. Dankeschön.

B) Personalsituation außerhalb des Anästhesie-Funktionsdienstes

1. Wie schätzen Sie den Altersdurchschnitt der Mitarbeiter des Anästhesie-Funktionsdienstes im Vergleich zum Altersdurchschnitt des Pflegepersonals in bettenführenden Bereichen ein?

Der Altersdurchschnitt im Anästhesie-Funktionsdienst ist ...

eher niedriger eher gleich eher höher weiß nicht

2. Sind bei Ihnen Operationstechnische Assistenten (**OTA**) beschäftigt?

nein ja

Falls **ja**, seit (etwa) welchem Jahr arbeiten bei Ihnen OTAs?

Geben Sie bitte die Jahreszahl an.

seit _____

3. Sind in Ihrem Krankenhaus derzeit eine oder mehrere der folgenden **Berufsgruppen** beschäftigt?
Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Berufsgruppen an.

- Arzthelfer im OP
- Chirurgische Assistenten/Bachelor of Science in Physician Assistance im OP-Bereich
- Gefäßchirurgische Assistenten
- Anästhesietechnische Assistenten
- Medizinische Dokumentationsassistenten

C) Weiterbildung für die Tätigkeit im Anästhesie-Funktionsdienst

1. Befinden sich derzeit Pflegende Ihres Krankenhauses in einer der folgenden **Fachweiterbildungen**?
Bitte kreuzen Sie das/die zutreffende/n Kästchen an.

- Operationsdienst
- Anästhesie und Intensivpflege
- spezifische Fachweiterbildung allein für Anästhesie
- spezifische Fachweiterbildung allein für Intensivpflege

2. Wird es in Ihrer Einrichtung voraussichtlich in den kommenden ca. fünf Jahren für Pflegende die Möglichkeit zur **Fachweiterbildung** in den folgenden Feldern geben?
Bitte kreuzen Sie das/die zutreffende/n Kästchen an.

- Operationsdienst
- Anästhesie und Intensivpflege
- spezifische Fachweiterbildung allein für Anästhesie
- spezifische Fachweiterbildung allein für Intensivpflege
- ist zum heutigen Zeitpunkt nicht absehbar

3. Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Aussagen jeweils das Kästchen an, das Ihre Einschätzung am ehesten wiedergibt.

	stimme völlig zu	stimme eher zu	bin geteilter Meinung	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Die pflegerische Fachweiterbildung für die Tätigkeit in der Anästhesie in der bisherigen Form sollte unverändert weitergeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die pflegerische Fachweiterbildung für die Tätigkeit in der Anästhesie benötigt inhaltliche und methodische Verbesserungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fachweiterbildung „Anästhesie & Intensivpflege“ sollte grundsätzlich getrennt angeboten werden, um eine bedarfsorientierte Qualifikation für die Anästhesie zu gewährleisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt neben der pflegerischen Fachweiterbildung einen Bedarf an einer grundständigen Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst, um den Personalbedarf sicher zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zukünftig wird es einen Bedarf an hochschulisch qualifizierten nicht-ärztlichen Mitarbeiter/innen in der Anästhesie geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zukünftig wird es einen Bedarf an Mitarbeiter/innen geben, die sowohl für den Anästhesie- als auch für den OP-Funktionsdienst flexibel einsetzbar sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) Zu einer möglichen Ausbildung „Anästhesietechnische Assistenz“ (ATA)

1. Glauben Sie, dass eine grundständige Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst besser als die etablierte pflegerische Fachweiterbildung den Anforderungen der Praxis gerecht werden kann?

nein, keinesfalls eher nein eher ja ja, sehr wahrscheinlich

2. Was spricht Ihrer Ansicht nach **gegen** und/oder **für** eine grundständige Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst?

Bitte notieren Sie in Stichpunkten Aspekte, die dagegen sprechen und Aspekte, die dafür sprechen. Dankeschön.



gegen eine grundständige Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst spricht:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



für eine grundständige Ausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst spricht:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

3. Haben Sie bereits von der Diskussion um das Berufsbild **Anästhesietechnische Assistenz** (ATA) gehört/gelesen?

nein ja



Eine Kurzinformation zum ATA-Beruf finden Sie auf der letzten Seite dieses Fragebogens.

4. Tragen Sie sich mit dem Gedanken, eine solche Berufsausbildung in Ihrem Haus anzubieten oder ggf. Praktikastellen hierfür zur Verfügung zu stellen?

nein ja vielleicht / noch unentschieden

falls „nein“ oder „vielleicht / noch unentschieden“, was sind die Gründe dafür?

5. Würden Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt ATAs in Ihrem Krankenhaus beschäftigen?

nein
 nur wenn sich keine geeigneten Pflegekräfte auf die freie/n Stelle/n bewerben
 ja
 vielleicht / weiß nicht

6. Wenn Sie die Kurzinformation zum ATA-Beruf (siehe letzte Seite des Fragebogens) überdenken, glauben Sie, dass eine solche Ausbildung den Ansprüchen an die Praxis gerecht werden kann?

nein, keinesfalls eher nein eher ja ja, sehr gut

7. Ist Ihrer Einschätzung nach eine Berufsausbildung sinnvoll, die gleichzeitig für den Anästhesie- **und** für den OP-Funktionsdienst qualifiziert?

nein ja vielleicht / weiß nicht

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung. Danke.

E) Zum Schluss noch einige Angaben zu Ihrem Krankenhaus und zu Ihrer Person

1. Wieviele Betten hält Ihr Krankenhaus bereit?

bis 149 Betten 150 bis 299 Betten 300 bis 599 Betten ab 600 Betten

2. In welcher Versorgungsstufe arbeitet Ihr Krankenhaus?

Grundversorgung Regelversorgung Schwerpunkt-versorgung Maximal-versorgung

3. Handelt es sich bei Ihrer Einrichtung um ein Fachkrankenhaus?

nein ja, und zwar _____

4. In welcher Trägerschaft wird Ihr Krankenhaus geführt?

öffentlich-rechtlich frei-gemeinnützig privat
 anders, und zwar _____

5. Bitte geben Sie an, in welchem Bundesland Ihr Krankenhaus liegt.

<input type="checkbox"/> Baden-Württemb.	<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Niedersachsen	<input type="checkbox"/> Sachsen
<input type="checkbox"/> Bayern	<input type="checkbox"/> Hamburg	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westf.	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt
<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/> Brandenburg	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorp.	<input type="checkbox"/> Saarland	<input type="checkbox"/> Thüringen

6. In welcher Funktion haben Sie den vorliegenden Fragebogen ausgefüllt?

Pflegedienstdirektor/in bzw. Pflegedienstleiter/in
 Pflegerische/r Leiter/in Funktionsbereich Anästhesie
 Pflegerische/r Leiterin/in Funktionsbereich OP und Anästhesie
 andere Funktion, und zwar _____

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

*Fragebogen im beigefügten Rückumschlag bitte bis zum **23. Februar 2009** zurücksenden an:*

*Martin-Luther-Universität, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
z. Hd. Yvonne Selinger, Magdeburger Straße 8, 06097 Halle (Saale)*

Platz falls Sie noch Anmerkungen zur Thematik haben:

Kurzbeschreibung

Anästhesietechnische Assistentin /Anästhesietechnischer Assistent (ATA)

Aufgaben und Tätigkeiten (Beschreibung)

Anästhesietechnische Assistenten wirken bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge von Narkosen mit und betreuen Patienten im Aufwachraum.

Sie sind hauptsächlich in Anästhesieabteilungen von Krankenhäusern tätig. Ebenso können sie in ambulanten Operationszentren und Facharztpraxis, die ambulante Operationen durchführen sowie in der Endoskopie und Zentralsterilisation tätig werden.



Anästhesietechnische Assistenten stellen Narkosemittel und weitere Medikamente bereit, assistieren dem Anästhesisten bzw. der Anästhesistin und achten auf Atmung und Kreislauf der Patienten, um bei Auffälligkeiten mit ihrem Team reagieren zu können. Sie kümmern sich um die Vorbereitung, Säuberung und Wartung von Instrumenten und medizinischen Geräten, die für eine Narkose benötigt werden. Auch sind sie für die Wiederaufbereitung bzw. Entsorgung von Anästhesiematerialien zuständig.

Die Ausbildung im Überblick

Die Ausbildung für Anästhesietechnische Assistenz (ATA) ist eine schulische Ausbildung an Berufsfachschulen. Sie wird derzeit im Rahmen von Pilotprojekten nach den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) durchgeführt.

Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung ist in der Regel entweder ein mittlerer Bildungsabschluss oder der Hauptschulabschluss mit einer mindestens zweijährigen, erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung. Vor Ausbildungsbeginn ist die gesundheitliche Eignung nachzuweisen.

Die Ausbildung dauert 3 Jahre. Sie beinhaltet mind. 1.600 Stunden theoretischen und fachpraktischen Unterricht und mind. 3.000 Stunden praktische Ausbildung in obligatorischen und fakultativen Fachbereichen.

Weitere Informationen sind u. a. zu finden unter:

- <http://www.berufenet.arbeitsamt.de> → Anästhesietechnische/r Assistent/in

F. Anschreiben und Interviewleitfaden zur Befragung von Fachpflegenden (Teiluntersuchung 4)



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

German Center for Evidence-based Nursing »sapere aude«

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

An Pflegepersonen mit einem
Fachweiterbildungsabschluss
für Anästhesie & Intensivpflege
oder für den Operationsdienst

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen

YS

Datum

5. Mai 2009

**Sehr geehrte Fachkrankenschwester / sehr geehrter Fachkrankenpfleger
für Anästhesie & Intensivpflege bzw. für den Operationsdienst,**

hiermit möchte ich Sie herzlich um Ihre Unterstützung bitten.

Hintergrund dieser Bitte sind die aktuellen Diskussionen zur Schaffung neuer Berufsbilder im Feld der Gesundheitsfachberufe. Zwei dieser neuen Berufsbilder sind das der Operations-technischen Assistenz (OTA) und das der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA).

Die Ausbildung von OTA gibt es in Deutschland seit etwa Mitte der 1990er Jahre. Die Ausbildung von ATA begann erst 2004 und findet derzeit unter der Aufsicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Form von Pilotprojekten statt. Eines der Pilotprojekte, in dem Anästhesietechnische Assistenten (ATA) in einem gemeinsamen Klassenverband mit Operationstechnischen Assistenten (OTA) ausgebildet werden, wird derzeit im Rahmen einer Qualifikationsarbeit evaluiert.

Das Hauptanliegen dieser Arbeit besteht darin, begründete Aussagen zum Ist-Stand und zu möglichen Perspektiven der Ausbildungen in den beiden jungen Berufsbildern OTA und v. a. ATA zu treffen.

Dazu werden aus verschiedenen Perspektiven Erkenntnisse zusammengetragen. Zu Wort kommen dabei insbesondere OTA- und ATA-Absolventen selbst, Pflegedienstleitungen sowie nach Möglichkeit **bitte auch Sie als Pflegeperson mit einem spezifischen Fachweiterbildungsabschluss** in den Handlungsfeldern „Anästhesie & Intensivpflege“ oder im „Operationsdienst“.

Ich möchte Sie hiermit bitten, sich im Rahmen eines etwa 30 bis 40minütigen Interviews befragen zu lassen. Es geht dabei um Ihre Einschätzungen zu Ihrer Berufswahl und zum Berufsbild Gesundheits- und Krankenpflege, zur pflegerischen Fachweiterbildung im Vergleich zur Ausbildung in den neuen Assistenzberufsbildern, zu Ihrer jetzigen Tätigkeit sowie zu Ihren beruflichen Erfahrungen und Plänen.

Sie unterstützen mit Ihren Angaben die kritisch-konstruktive Überprüfung der Sinnhaftigkeit der neuen Berufsbilder in ihrer jetzigen Form und ggf. auch die Weiterentwicklung der bestehenden pflegerischen Fachweiterbildungsangebote.

Termin und Ort des Interviews stimme ich gerne mit Ihnen nach Ihren Vorschlägen und Wünschen ab. Wenn Sie statt eines Einzelinterviews lieber eine Befragung gemeinsam mit einer weiteren Kollegin/einem weiteren Kollegen wünschen, ist dies sehr gerne auch möglich.

Das Interview wird, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich in pseudonymisierter Form und für Gruppen zusammengefasst dargestellt. Sollten Sie im Gespräch Namen nennen oder Sachverhalte schildern, aus denen man auf Sie als individuelle Person oder ihren Arbeitsort schließen könnte, werden diese Angaben verfremdet.

Die Ergebnisse der Befragung, für die ich Sie um Ihre Teilnahme bitte, werden voraussichtlich im November 2010 vorliegen. Sie werden Ihnen gerne zur Verfügung gestellt.

***Über Ihre Zustimmung, sich an der Befragung zu beteiligen,
würde ich mich sehr freuen.***

Für die Zeit und Mühe, die Sie ggf. für die Befragung aufwenden werden, möchte ich mich schon jetzt bedanken. Für Rückfragen und für eine Terminvereinbarung stehe ich Ihnen sehr gerne zur Verfügung unter:

Telefon:

(0345) 557 44 64 (Büro) oder 0175 - 517 0591 (mobil) oder (0345) 444 79 29 (privat)

E-Mail:

yvonne.selinger@medizin.uni-halle.de

Dienstadresse:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8 (2. Etage, Zimmer 227) ° 06112 Halle (Saale)

Privatadresse:

Sonneberger Straße 9 ° 06116 Halle (Saale)

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift Y. Selinger]

Interviewleitfaden – Befragung von Pflegenden mit Fachweiterbildungsabschluss

1) Berufswahl „Pflege“ und Spezialisierungsrichtung

- Stellen Sie sich kurz vor und erzählen Sie bitte etwas zu Ihrem bisherigen beruflichen Weg?
- Wie sind Sie zum Pflegeberuf gekommen? Hätte es auch ein anderer Beruf sein können?
- Wie lange haben Sie vor Ihrer FWB bereits in der Anästhesie bzw. im OP gearbeitet?
- Wie sind Sie in die FWB gekommen? Erzählen Sie bitte etwas zu Ihren Überlegungen für diese berufliche Weiterbildung! Hätte es auch eine andere FWB sein können?
- Welche Bedeutung hat die FWB für Sie?
- Könnten Sie sich auch OP-Pflege bzw. Pflege in der Anästhesie & Intensivpflege für sich vorstellen? Warum?
- Könnten Sie sich auch vorstellen, (wieder) als Gesundheits- und Krankenpfleger ggf. auf Station, im ambulanten Dienst oder in der stationären Langzeitpflege zu arbeiten? Warum?

2) Etablierung der Ausbildungen OTA und ATA

- Können Sie sich an die Situation erinnern, als Sie das erste Mal etwas vom OTA-Beruf bzw. vom ATA-Beruf gehört haben. Was haben Sie da gedacht?
- Was wissen und/oder denken Sie darüber, warum und wie diese Berufe entstanden sind?
- Worin unterscheiden sich Fachpflegende von OTA bzw. ATA?
- Was können Fachpflegende ggf. besser/weniger gut als OTA bzw. ATA?

3) Berufliches Selbstverständnis/Pflegeverständnis

- Was ist für Sie Pflege i. e. S.?
- Welche Assoziationen haben Sie zur Bezeichnung „Assistenzberuf“?
- Wie denken Sie über die Entstehung weiterer neuer Berufe, wie den Chirurgieassistenten?
- Wie schätzen Sie das Ansehen Ihres Berufes (im Krankenhaus) ein?
- Wie schätzen Sie Ihre beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten ein? Sind die Entwicklungsmöglichkeiten für OTA bzw. ATA ähnlich?
- Welche Rolle spielt die Flexibilität i. S. einer Rotation Intensivpflege – Anästhesie?
- Für wie realistisch halten Sie eine berufsfeldbreite Qualifikation für OP und Anästhesie?

4) Fachpflege: Anästhesie & Intensivpflege bzw. OP-Dienst

- Was sind Kerntätigkeiten ihres derzeitigen Arbeitsgebiets, von denen Sie denken, dass sie nicht zu ihrem Berufsbild gehören?
- Was macht eine gute Fachpflegeperson (im jeweiligen Feld) aus?
- Worin unterscheiden sich Fachpflegende von Pflegenden ohne FWB in ihrem Arbeitsfeld?

5) Inhalte und Methodik der Fachweiterbildung

- Wie waren Sie i. A. mit der FWB a) in Theorie und b) in Praxis zufrieden?
- Hat die FWB Ihre Einstellung zu Ihrem Beruf verändert?
- Was leistet die FWB für den Beruf?
- Was unterscheidet Sie in ihrem Handeln im Vergleich zum Zeitpunkt vor der FWB?
- Welche Stärken und welche Schwächen hat Ihrer Ansicht nach die Fachweiterbildung? – analog für OTA- bzw. ATA-Ausbildung
- Welche Fertigkeiten und Kenntnisse, die nach der Ausbildungsordnung vermittelt werden, halten Sie für überflüssig?
- Was sollte in der FWB stärker vermittelt werden?

6) Lernen in Theorie und Praxis der Fachweiterbildung

- Entspricht die Ausbildungsordnung den Anforderungen?
- Fühlen Sie sich durch die FWB gut auf Ihren Beruf vorbereitet?
- Wo haben Sie noch Lücken? Was müssen Sie noch lernen?
- Halten Sie ein Anheben der Stundenzahl für den theoretischen Unterricht für sinnvoll?
- Welchen Veränderungsbedarf sehen Sie für die FWB?
- Wie viel der Zeit, die Sie während Ihrer Fachweiterbildung in der Praxis verbrachten, war mit direkter Anleitungs- und Lernzeit ausgefüllt?
- Wer fühlte sich für Ihren Lernprozess in der Praxis verantwortlich?
- Welche Erwartungen stellen Sie an eine gute Praxisanleiterin?
- Welche Erwartungen werden an Sie gestellt?
- Fühl(t)en Sie sich manchmal überfordert? Können Sie das bitte etwas näher schildern?
- Fühl(t)en Sie sich manchmal unterfordert? Inwiefern?
- Wie gestaltete sich die Einarbeitung in einen neuen Bereich?
- Inwieweit können Sie Ihr theoretisches Wissen in die Praxis umsetzen?

7) Arbeitsfeld und -zufriedenheit als Mitglied des OP-Teams

- Was macht Sie in ihrem derzeitigen Aufgabengebiet zufrieden, was macht Sie unzufrieden?
- Sind Sie zufrieden mit Art und Inhalt Ihrer Arbeit?
- Ist Ihr Beruf bzw. ATA bzw. OTA ein Frauenberuf/ein frauenfreundlicher Beruf?
- Wie erleben Sie, wie die Auszubildenden im ATA- bzw. OTA-Beruf gesehen werden? Wie werden Sie von den Ärzten gesehen?
- Gab/Gibt es Spannungen und Feinseligkeiten zwischen Fachpflegenden und OTA bzw. ATA? Worin liegen diese begründet?
- Wie eigenverantwortlich bei der Berufsausübung können Sie handeln?
- Können Sie bitte das Verhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichen Mitarbeitern des OP-Teams beschreiben? Machen diese Unterschiede zwischen Pflegenden und OTA bzw. ATA?
- Ist Fachpflege bzw. OTA bzw. ATA ein Beruf, den man bis zur Rente ausüben kann?
- Was sind die besonderen Belastungen in diesem Beruf? Was ist daran anstrengend?
- Was tun Sie als Ausgleich zu den Belastungen des Berufsalltags?

8) Zukunft der Fachpflege & eigene Weiterentwicklungserspektiven

- Was machen Sie in fünf Jahren? Wie sehen Sie Ihre berufliche Zukunft?
- Welche Aufstiegs- oder Spezialisierungsmöglichkeiten bietet Ihr Beruf?
- Streben Sie eine weitere Qualifikation an?
- Haben Sie Interesse daran, einmal im Ausland zu arbeiten? Wo? Warum?

9) Resümee

- Mit welchen Erwartungen blicken Sie in Ihre berufliche Zukunft?
- Bitte machen Sie zum Schluss noch einige Vorschläge zur Weiterentwicklung der FWB bzw. für die Ausbildung zum OTA/ATA!

G. Teilnehmer und formale Aspekte der Interviews (Teiluntersuchung 4)

Fachpflegende „Intensivpflege & Anästhesie“

	An1	An2	An3	An4	An5	An6	An7	An8	An9	An10
Angaben zu den Befragten										
Alter, Geschlecht	34, w	39, w	28, m	47, w	34, w	37, m	42, w	47, w	32, w	46, w
Abgeschlossene Schuljahre	10	12 (Abitur)	10	10	12 (Abitur)	10	12 (Abitur)	10	13 (Abitur)	10
Berufsabschluss	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Kinderkrankenpflege	Kinderkrankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege
Jahre in der Pflege ¹	17	18	8	29	13	15	20	28	11	28
Eintritt in die Fachpflege nach der Ausbildung	sofort	ca. 2,5 Jahre	sofort	ca. 12 Jahre (zuvor im OP)	sofort	ca. 1/2 Jahr	ca. 3 Jahre	ca. 3/4 Jahr	sofort	ca. 2 Jahre
FWB-Abschluss, FWB-Einrichtung ²	2008, I	2008, II	2009, I	2001, I	2006, I	2008, II	2008, II	2007, III	2009, III	2006, III
Weiterer Berufs- und/oder Weiterbildungsabschluss	--	Fachpflege für klinische Ernährung	Lehre auf dem Bau	Fachpflege OP	--	Elektronikfacharbeiter	--	--	--	--
Angaben zum Krankenhaus ³ (Bettenzahl, Versorgungsstufe, Trägerschaft)	Krh. A, > 600, Maximal, öffentl.-r.	Krh. B, 300-599, Schwerpunkt, öffentl.-r.	Krh. A, > 600, Maximalversorgung, öffentlich-rechtlich	Krh. C, 150-299, Regelfversorgung, freigemeinnützig	Krh. D, 300-599, Schwerpunktversorgung, privat					
Formale Aspekte der Interviews										
Dauer (davon Band)	35 (26)	55 (43)	40 (32)	35 (-)	35 (32)	50 (36)	70 (55)	60 (43)	35 (28)	
Ort	Arztkammer auf Station	Wohnung der Befragten	Stationsleitungsbüro	Seminarraum OP	Stationsleitungsbüro	Patientenaufenthaltsraum (offener Flurbereich)	Cafeteria	Cafeteria	Arztkammer im Ambulanz	
Störungen, Unterbrechungen	Gespräche im Flur, Tür offen	nein	Pflegende – benötigt Telefon	nein	Arzt – sucht Unterlagen	Automatisches Transportsystem fährt mehrfach „sprechend“ vorbei	nein	nein	nein	
Datum des Interviews, Beginn, Situation	24.06.2009, 14.00 Uhr, zum Dienstende	29.06.2009, 14.20 Uhr, Nacht- dienstwoche	01.07.2009, 13.30 Uhr, zum Dienstende	03.08.2009, 08.45 Uhr, während des Dienstes	12.08.2009, 13.45 Uhr, zum Dienstende	24.08.2009, 12.30 Uhr, vor Dienstbeginn	10.09.2009, 13.00 Uhr, während des Dienstes	10.09.2009, 15.40 Uhr, nach Dienstende	11.09.2009, 09.45 Uhr, während des Dienstes	

Fachpflegende „Operationsdienst“

	Op1	Op2	Op3	Op4	Op5	Op6	Op7	Op8
Angaben zu den Befragten								
Alter, Geschlecht	43, w	43, m	39, w	35, w	52, w	50, w	58, w	32, w
Abgeschlossene Schuljahre	10	10	12 (Abitur)	12 (Abitur)	9	10	10	10
Berufsabschluss	Kinderkrankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege	Krankenpflege
Jahre in der Pflege ¹	26	19	18	13	18	34	41	15
Eintritt in die Fachpflege nach der Ausbildung	nach ca. 4 Jahren	sofort	sofort	nach ca. 1,5 Jahren	nach ca. 2,5 Jahren	sofort	sofort	nach ca. 2 Jahren
FWB-Abschluss, FWB-Einrichtung ²	2006, I	2008, I	1997, IV	2009, IV	2001, V	2003, VI	2002, V	2003, VII
Weiterer Berufs- und/ oder Weiterbildungsausschluss	--	Baufacharbeiter, Pflegehelfer	Funktionsbereichsleitung	--	Verkäuferin, Funktionsbereichsleitung	Pharmareferentin	--	--
Angaben zum Krankenhaus ³ (Bettenzahl, Versorgungsstufe, Trägerschaft)	Krh. A, > 600, Maximalversorgung, öffentlich-rechtlich	Krh. E, 150-299, Grundversorgung, freigemeinnützig	Krh. F, 150-299, Sonderkrankenhaus, freigemeinnützig	Krh. G, 300-599, Regelvers., freigemein.				
Formale Aspekte der Interviews								
Dauer (davon Band)	35 (30)	55 (43)	55 (39)	65 (41)	45 (34)	25 (-)	45 (34)	
Ort	Seminarraum OP	Warterraum ambulanter OP	Seminarraum	Seminarraum	Seminarraum	Seminarraum	Bereitschaftsraum	Bereitschaftsraum
Störungen, Unterbrechungen	Telefon	nein	Telefon & Ärztin, die etwas braucht, kommt herein	Telefon	nein	nein	nein	nein
Datum des Interviews, Beginn, Situation	03.08.2009, 08.00 Uhr, während des Dienstes	0308.2009, 10.15 Uhr, während des Dienstes	05.03.2010, 14.05 Uhr, zum Dienstende	16.08.2010, 11.10 Uhr, vor Dienstbeginn	16.08.2010, 13.05 Uhr, während des Dienstes	16.08.2010, 14.10 Uhr, während des Dienstes	23.08.2010, 10.20 Uhr, während des Dienstes	23.08.2010, 10.20 Uhr, während des Dienstes

1 Unterbrechungen durch Erziehungszeiten sind wahrscheinlich z. T. unberücksichtigt geblieben

2 Die Fachweiterbildungseinrichtungen („FWB-Einrichtung“) wurden in der Reihenfolge ihrer jeweiligen Erstnennung nummeriert (→ I bis VII)

3 Die Krankenhäuser wurden ebenfalls in der Reihenfolge nummeriert, in der sie erstmals genannt wurden (→ Krh. A bis Krh. G)

Lebenslauf

Person:

Name, Vorname: Selinger, Yvonne
Anschrift: Parkstraße 21, 06108 Halle (Saale)
Geburtsdatum/-ort: 09.08.1976/Herzberg (Elster), Brandenburg
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: ledig, keine Kinder

Berufliche Tätigkeiten:

seit 03.2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
01.2006-08.2008 Wissenschaftliche Hilfskraft in der Pflegedienstdirektion des Universitätsklinikums Halle (Saale) und am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
04.2003-09.2004 Studentische Hilfskraft am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
09.2001-02.2007 Lehrtätigkeit in der Ausbildung der Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege in Leipzig
09.1999-03.2005 Tätigkeit in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Ausbildung und Studium:

10.2000-03.2005 Studium der Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
10.1996-09.1999 Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am HUMAINE-Klinikum Bad-Saarow/Fürstenwalde

Schulbildung:

1991-1996 Städtisches Gymnasium Falkenberg (Elster)
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
1983-1991 3. Polytechnische Oberschule Falkenberg (Elster)

Mitgliedschaften:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP), Sektion Bildung
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
German Center for Evidence-based Nursing

Halle (Saale), 23. Januar 2012

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Halle (Saale), 23. Januar 2012

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frühere Promotionsversuche wurden von mir nicht unternommen.

Halle (Saale), 23. Januar 2012

Publikationen zu dieser Arbeit

Zeitschriftenbeiträge

Selinger, Y. & Landenberger, M. (2010): Pflegerische Fachweiterbildung oder grundständige Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst? Einschätzungen von Fachpflegenden für Anästhesie & Intensivpflege. In: Pflegewissenschaft 11(6), 354-372.

Selinger, Y. & Landenberger, M. (2012): Besteht Bedarf an einer grundständigen Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Pflegedienstdirektoren. In: Pflege & Gesellschaft 17(1), 45-62.

Poster

Selinger, Y. & Landenberger, M. (2009): Bedingungen und Sichtweisen zur Berufsausbildung und -einmündung von Operationstechnischen & Anästhesietechnischen Assistenten (OTA & ATA). Evaluierung eines Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung. 7. Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft, Ulm, 24./25.09.2009.

Selinger, Y. & Behrens, J. (2009): Pflegerische Fachweiterbildung für die Tätigkeit in der Anästhesie – Eine bessere Qualifizierung gibt es nicht! 7. Internationale Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft, Ulm, 24./25.09.2009.

Selinger, Y. & Landenberger M. (2012): Medizinisch-technische Assistenz oder Fachpflege? Qualifizierungswege und -profile für das Handlungsfeld Anästhesie – eine Evaluationsstudie. Soziologiekongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur, 01./02.06.2012.

Vorträge

Selinger, Y. (2009): ATA – Ein Konzept für die Zukunft? (Vortrag), 39. Bayerische Anästhesietage, München, 09./10. Oktober 2009.

Selinger, Y. (2009): Die Etablierung der grundständigen Berufsausbildungen Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz aus der Perspektive von Pflegenden mit Fachweiterbildungsabschluss. (Workshop), Lernwelten 2009, 9. Internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik, Winterthur, 03.-05.09.2009.

Selinger, Y. & Behrens, J. (2011): Advanced Nursing Practice in der Anästhesiologie – Internationale Beispiele und Erkenntnisse als Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung der Anästhesiepflege im deutschsprachigen Raum. 3-Länder-Konferenz Pflegewissenschaft, Konstanz, 18.-20.09.2011.

Nicht veröffentlichte Teilberichte

Selinger, Y. (2008): Teilbericht 1: Ergebnisse der Teiluntersuchung „Befragung der Absolventen des Pilotprojekts zur integrierten Ausbildung in der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) und Operationstechnischen Assistenten (OTA) vor ihrer Einmündung in den Beruf“. Halle (Saale) (unveröffentlicht), übergeben: Februar 2008.

Selinger, Y. (2009a): Teilbericht 2: Ergebnisse der Teiluntersuchung „Befragung von Absolventen der Ausbildungen in der Operationstechnischen Assistenz (OTA) und in der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) am Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe des Universitätsklinikums Halle (Saale) nach Einmündung in den Beruf. Halle (Saale) (unveröffentlicht), übergeben: Januar 2009.

Selinger Y. (2009b): Teilbericht 3: Ergebnisse der Teiluntersuchung „Befragung zum Bedarf an einer staatlich anerkannten grundständigen Berufsausbildung für den Anästhesie-Funktionsdienst. Halle (Saale) (unveröffentlicht), übergeben: April 2009.

Danksagung

Bedanken möchte ich mich herzlich bei Frau Prof. Dr. Margarete Landenberger für Ihre Zeit, Hinweise und aufmunternden Worte, die sie in beratende Gespräche und in die kritische Prüfung von Textentwürfen während des Zustandekommens der vorliegenden Arbeit eingebracht hat sowie für ihre geduldige Mentorenschaft in den vergangenen rund zehn Jahren Studium, Hilfs- und später Mitarbeitertätigkeit.

Ebenfalls Dank für so manche, das Erkennen von Zusammenhängen unterstützende Anregung gilt Herrn Prof. Dr. Johann Behrens.

Besonderer Dank gebührt allen Untersuchungsteilnehmern für ihre Bereitschaft, sich befragen zu lassen und für die Zeit, die sie hierfür z. T. auch nach Dienstende investierten.

Bedanken möchte ich mich besonders auch bei Frau Christiane Spichale, Frau Katrin Cyrus sowie Frau Ingelore Vossebrecker für ihre organisatorische Unterstützung bei der Bearbeitung der Teiluntersuchungen 1 und 2 sowie bei Frau Pflegedienstdirektorin a. D. Ingrid Horn und Frau Carolin Schiewack als Leiterin des Ausbildungszentrums für Gesundheitsfachberufe des Universitätsklinikums Halle (Saale).

Dank gilt gleichfalls Frau Dörte Anders, die geduldig den Versand der Fragebögen und die Dateneingabe zur Teiluntersuchung 3 unterstützte und sechs Interviews transkribierte.

Bedanken möchte ich mich besonders auch bei meinen ehemaligen Kollegen Karina Targan und Dr. Michael Schubert sowie bei Katharina Sadowski und Dr. Helga Horn für anregende Gespräche, entspannende Albernheiten sowie ihre kollegiale Unterstützung, die mehr als einmal bewirkten, den Sinn und die Zielrichtung meines (beruflichen) Handelns nicht aus dem Blick zu verlieren.

Dankeschön gilt nicht zuletzt meinen Eltern, meiner Oma Erika, meinen Geschwistern und Nichten für ihre Geduld während der letzten Jahre, in denen ich einen Großteil an Zeit und Aufmerksamkeit in berufliche Aufgaben, einschließlich in das Zustandekommen dieser Arbeit, investierte und andere, ebenfalls wesentliche Aufgaben unverhältnismäßig vernachlässigte.

D a n k e Mario.