

Die Modifikation eines

'OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION'

zur Abbildung der pflegebezogenen Prozesse

in Notaufnahmeabteilungen (mOSCE-NA):

Entwicklung und Konzeption einer simulativen, klinisch - praktischen Abschlussprüfung im Rahmen der beruflichen Weiterbildung für Pflegekräfte zum Erlangen der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“

**MASTER-Thesis zur Erlangung des Grades „Master of Arts“**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Masterstudiengang Lehrer/innen Pflege und Gesundheit

Andreas Fuchs

Dr.-Wester-Str. 11

51491 Overath

Matrikelnummer: 508246

Erstprüfer: Prof. Dr. Roland Brühe

Zweitprüfer: Prof. Dr. Tobias Hölterhof

Datum der Abgabe: 31.05.2021

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungen .....	V
1 Einleitung.....	1
2 Aufbau und Struktur der Arbeit .....	2
2.1 Problemstellungen und Zielsetzungen.....	4
2.2 Literaturrecherche und -analyse.....	7
3 Strukturen der Notfallversorgung - Teil 1 .....	9
3.1 Der ökologisch-systemische Ansatz nach Uri Bronfenbrenner .....	13
3.2 Das Mikrosystem.....	15
3.3 Das Mesosystem .....	18
3.4 Das Exosystem.....	21
3.5 Das Makrosystem.....	24
3.6 Das analytische Potenzial des ökologisch–systemischen Ansatzes .....	41
3.6.1 Ökologisch-systemische Perspektive auf die Gestaltung des Erstkontaktes ...	46
3.6.2 Simulation im Kontext ökologisch-systemischer Immanenz.....	49
3.7 Zusammenfassung des ersten Teils.....	51
4 Prozesse der Notfallversorgung – Teil 2.....	52
4.1 Der Prozess der Gesamtbehandlung.....	52
4.1.1 Beschreibung der Gesamtbehandlung als Prozess .....	53
4.1.2 Beschreibung des „Workflow“ .....	54
4.1.3 Pflegebezogene Prozesse in der Patientenbehandlung.....	55
4.1.4 Ökologisch-systemisches Workflow- und Prozessverständnis.....	56
4.2 Prozessidentifikation aus ökologisch-systemischer Perspektive .....	59
4.2.1 TP „Administration/Aufnahme“ und seine pflegebezogenen Subprozesse ....	65
4.2.2 TP „Medizinische Diagnostik“ und seine pflegebezogenen Subprozesse .....	69
4.2.3 TP „Verlegung/Entlassung“ und seine pflegebezogenen Subprozesse.....	75
4.3 Überführung immanenter Merkmale auf die Prüfungskonzeption .....	79

4.3.1 Prüfungskonzeption auf Makroebene.....	80
4.3.2 Prüfungskonzeption auf Exoebene .....	82
4.3.3 Prüfungskonzeption auf Mesoebene .....	82
4.4 Prüfungsrahmen.....	87
4.4.1 Zielsetzung Teilprozess „Aufnahme/Administration“ .....	88
4.4.2 Defizite und Störfaktoren im Teilprozess „Aufnahme/Administration“ .....	88
4.4.3 Workflowbeschreibung TP „Aufnahme/Administration“ .....	90
4.4.4 Workflowbeschreibung TP „Medizinische Diagnostik“ .....	90
4.4.5 Workflowbeschreibung TP „Verlegung/Entlassung“ .....	91
4.5 Zusammenfassung des zweiten Teils .....	91
5 Abbildung der Erkenntnisse im „mOSCE-NA“ – Teil 3.....	93
5.1 Prüfungen in der Fachweiterbildung.....	94
5.2 Das OSCE – eine Übersicht .....	97
5.2.1 Simulation im Abschlussprüfungsverfahren .....	100
5.2.2 Die Güte des Testverfahrens .....	103
6 Ausblick .....	110
7 Fazit .....	116
Literaturverzeichnis.....	120
Versicherung selbstständiger Arbeit .....	135
Anlage -Checkliste „Abstimmung“ auf Mesoebene .....	136

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Handlungsfeld und seine strukturellen Bezüge in der Notfallversorgung. Modifizierte Darstellung auf Grundlage des SVR 2018, S. 548 .....	11
Abbildung 2: Einflüsse auf das situativ - soziale Beziehungshandeln in der Entwicklung zur Notfallpflege unter ökologisch - systemischer Betrachtung; mod. Darstellung auf der Grundlage von Epp 2018, S. 5. ....	42
Abbildung 3: Top-Down - Ansatz zur Leistungserbringung unter ökologisch - systemischer Perspektive; eig. Darstellung.....	44
Abbildung 4: Prüfungskonzeption unter ökologisch - systemischem Workflow- und Prozessverständnis; eig. Darstellung.....	58
Abbildung 5: Das Handlungsfeld und seine prozessualen Bezüge; modifizierte Darstellung auf der Grundlage von Mitrović 2006, S. 49. ....	60
Abbildung 6: Teilprozesse der Organisationseinheit ZNA; modifizierte Darstellung auf der Grundlage von Mitrović 2006, S. 51.....	61
Abbildung 7: Exemplarische Objektivität in Teil- und Subprozessen: Subprozess Ersteinschätzung in ökologisch-systemischer Überführung auf die Organisationseinheit ZNA; eig. Darstellung.....	62
Abbildung 8: Teil- und Subprozesse als chronologischer Ablauf; modifizierte Darstellung auf der Grundlage von Mitrović, S. 51. ....	63
Abbildung 9: Pflegebezogene Prozesse bei Teilprozess "Administration/Aufnahme"; eig. Darstellung. ....	69
Abbildung 10: Pflegebezogene Prozesse bei Teilprozess "Medizinische Diagnostik"; eig. Darstellung. ....	75
Abbildung 11: Pflegebezogene Prozesse bei Teilprozess "Verlegung/Entlassung"; eig. Darstellung. ....	79
Abbildung 12: Auszug Checkliste „Abstimmung“ auf Mesoebene; eig. Darstellung. ....	86

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Abschlussprüfungen; eig. Darstellung.....	28
Tabelle 2: Prüfungskonzeption auf Makroebene; eig. Darstellung.....	81
Tabelle 3: Prüfungskonzeption auf Exoebene; eig. Darstellung. ....	82
Tabelle 4: Prüfungskonzeption auf Mesoebene; eig. Darstellung. ....	84
Tabelle 5: Vorschläge zu möglichen Defiziten und Störfaktoren; eig. Darstellung.....	89
Tabelle 6: Vorschläge zur möglichen Erfassung von Merkmalsausprägungen; eig. Darstellung. ....	89
Tabelle 7: Stärken und Schwächen des OSCE; modifizierte Darstellung auf Grundlage von Hastie 2014, S. 202.....	100

## Abkürzungen

ACS	Akutes Coronar Syndrom
ANP	Advanced Nurse Practitioner
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPR	Behandlungspfad Rettungsdienst
CPU	Chest Pain Unit
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
DGINA	Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V.
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRG	Diagnosis Related Groups
EbM	Evidenz based Medicine
EbN	Evidence based Nursing
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiografie
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
ESI	Emergency Severity Index
EUSEN	The European Society for Emergency Nursing
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenkassen Verband
ICN	International Council of Nursing
IMC	Intermediate Care
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
LÄK	Landesärztekammer
LPK	Landespflegekammer
MFA	Medizinische Fachangestellte
MPBetreibV	Medizinprodukte Betreiber Verordnung
mOSCE-NA	modifizierte objective structured clinical examination-Notaufnahme
MTS	Manchester Triage System
NAST	Notaufnahmestation
NRS	Numerische Rating Skala
OSCE	Objective structured clinical examination
PfIBG	Pflegeberufegesetz
RTW	Rettungstransportwagen
SAA	Standardarbeitsanweisung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
SP	standardisierter Patient
SVR	Sachverständigenrat
TP	Teilprozess
ÜTZ	überregionales Traumazentrum
WBT´ler	Weiterbildungsteilnehmer/-in
WPBA	Work Place Based Assessment
ZNA	zentrale Notaufnahme

# 1 Einleitung

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitssystem führen neben der allgemein anerkannten und zunehmenden Ökonomisierung und Zweckrationalisierung einer gleichzeitigen Steigerung von Anforderungen und Spezialisierungen in den bestehenden Versorgungsstrukturen. Durch die Einführung neuer Gesetze (z. B. das Krankenhausstrukturgesetz [KHSKG]), mit der Zielsetzung der steten Verbesserung der Versorgungsqualität erkrankter Menschen, gehen sukzessiv vielfältige Veränderungen in der Gesundheitsversorgung einher. Hiervon sind letztlich alle Akteure betroffen, die sich in diesen Handlungsfeldern sicher bewegen sollen. Dies meint auch die stete Berücksichtigung von sich verändernden und veränderten gesetzlichen wie ökonomischen Rahmenbedingungen. Konsekutiv haben diese wiederum Einfluss auf die einzelnen Mitarbeiter<sup>1</sup>, die in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung als Berufstätige vertreten sind.

Besonders die Notfall- und Akutversorgung hat in den letzten Jahren eine Vielzahl an mit Veränderungen einhergehenden Maßnahmen zur Optimierung der bisherigen Strukturen erfahren. Bestehende Prozesse unterliegen steter Überprüfungen und Modifikationen. Hierunter fallen die zunehmenden Anforderungen und daran anzupassende Qualifikationen für die dort tätigen Berufe. So sind Zusatzqualifikationen, Fort- und Weiterbildungen<sup>2</sup> sowie Studiengänge für viele, der dort tätigen Disziplinen und Professionen, entwickelt und umgesetzt worden. Bis heute sind (bundes-)einheitliche Aufgaben- oder Kompetenzbeschreibungen für Pflegekräfte in Notaufnahmearbeitungen, im Vergleich zu vielen international tätigen, nicht allgemein anerkannt und etabliert. Gleichzeitig existieren vielfältige und differente Möglichkeiten Spezialisierungen und Zusatzqualifikationen für die pflegerische Arbeit in diesem Bereich zu erlangen. Hinsichtlich der Qualifizierung und Spezialisierung von Pflegekräften in Notaufnahmen muss die Frage gestellt werden, nach welchen Kriterien qualifizierende Maßnahmen in Prüfungssituationen bewertet werden können und sich möglichst vergleichbare Prüfungsergebnisse erzielen lassen. Da diese bisher nicht konzertiert und definiert sind und allenfalls deskriptiv vorliegen, ist es notwendig, die Anforderungen an das Pflegepersonal in Notaufnahmearbeitungen herauszustellen. Hierzu bedarf es der Identifikation des Handlungsfelds durch Erfassung berufstypischer Arbeitsprozesse und der Analyse sowie Beschreibung bestehender Rahmenbedingungen. Diese bilden die Basis, aufgrund derer ein kompetenzorientiertes Prüfungsverfahren für die Notfallpflege letztlich konzeptioniert und entwickelt werden kann.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Dies impliziert immer alle möglichen Formen und schließt die weibliche und diverse Form mit ein.

<sup>2</sup> Die Begriffe „Fortbildung“ und „Weiterbildung“ werden häufig synonym verwendet, eine allgemein anerkannte und einheitliche Definition gibt es nicht. In dieser Arbeit wird unter „Fortbildung“ eine Auffrischung und / oder Vertiefung vorhandener Kenntnisse und Fähigkeiten, unter „Weiterbildung“ das Erlangen eines neuen Bildungsabschlusses, aufbauend auf eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung verstanden.

Ausgehend von der Notwendigkeit zur Erfassung von Performanz ist der Rahmen eines solchen Testkonstrukts zu definieren. Hierbei sind die Heterogenität der Notaufnahmeabteilungen und die Einzigartigkeit des besonderen sozialen Beziehungshandelns in einer Notfallsituation, auch unter medico-legalen wie ethischen Aspekten, zu berücksichtigen. Aus diesen Überlegungen speist sich die Annahme, dass die im gesundheitsberuflichen Bildungsbereich etablierte Methode der Simulation als Instrument für die Umsetzung der Abschlussprüfung in der Notfallpflege genutzt werden kann. Ihre sorgfältige, inhaltliche Gestaltung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Vergleichbarkeit der Prüfungsleistungen, als zugrunde gelegtes Merkmal für Fairness und Akzeptanz dieses Verfahrens, besonders im Kontext des hohen Einsatzes einer neuen Berufsbezeichnung. Das macht eine verantwortungsvolle Konzeption und Entwicklung erforderlich, die neben möglichst kongruenten Prüfungsinhalten auch mit wissenschaftlicher Güte einhergeht. Dies erscheint, sowohl im heterogenen Handlungsfeld als auch in der Einzigartigkeit des besonderen, sozialen Beziehungshandelns, in Notfall- und Akutsituationen erschwert. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Etablierung eines solchen Testkonstrukts zur Abbildung klinischer Kompetenzen des Pflegehandelns in Notaufnahmeabteilungen leisten. Der Schwierigkeit, in einer klinisch-praktischen Abschlussprüfung die pflegerische Performanz in realen Notfallsituationen messbar zu machen, soll durch die Analyse und Herausstellung pflegebezogener Prozesse im Umfeld der Notaufnahme entgegengetreten werden. Die Projektidee entstand durch persönliche Erfahrungen des Autors als praktischer Prüfer in der Notfallpflege und wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit wissenschaftlich durch empirische Belege und die methodische Herleitung des konzeptionellen Rahmens für ein solches Testkonstrukt untermauert.

## 2 Aufbau und Struktur der Arbeit

Die vorliegende Arbeit wird dazu in drei Teile unterteilt. Der erste Teil beschäftigt sich mit den Rechercheergebnissen zur Qualifikation Notfallpflege und deren zugehörigen Rahmenbedingungen in der Notfall- und Akutversorgung, mit dem Fokus auf die Bundesrepublik Deutschland. Dies erfordert die Darstellung der an der Versorgung beteiligten Disziplinen im Zusammenspiel mit übergeordneten rechtlichen, gesundheitspolitischen und ökonomischen Aspekten. Der Bereich der innerklinischen Notfallversorgung, die Pflegekräfte und deren aktuelle Möglichkeiten zum Absolvieren einer Fachweiterbildung, sind, aus bildungs- wie berufspolitischer Perspektive, ebenso von Interesse. Die herausgestellten und das Handeln direkt wie indirekt beeinflussenden Rahmenbedingungen, die normativen Gegebenheiten und auch die Heterogenität der Versorgungsstrukturen in den Notaufnahmeabteilungen, werden auf Relevanz für die Prüfungskonzeptionierung hin eingeordnet. Dies stellt eine erste Annäherung dar, ein kompetenzorientiertes und gleichzeitig sinnführend wie akzeptables Prüfungsverfahren zu entwickeln. Hierbei orientiert sich der Autor am Ordnungsprinzip des ökologisch -

systemischen Ansatzes nach BRONFENBRENNER.<sup>3</sup> Die verschiedenen Realitätsebenen (Mikro-, Meso-, Exo- sowie Makrosystem), die er in seinem Ansatz definiert, ermöglichen eine differenzierte Betrachtung auf unterschiedliche Bezugskontexte des situativen Handelns. Dabei wird das dem Ordnungsprinzip innewohnende, analytische Potenzial auf das Handlungsfeld der Notaufnahmeabteilung und seine Bezüge angelegt.

Der zweite Teil der Arbeit bildet die bestehende Kohärenz der Merkmale der institutionellen Strukturen in den Notaufnahmeabteilungen, in Anlehnung und Modifikation des Managements von Geschäftsprozessen nach GADATSCH<sup>4</sup>, ab. Diese konzeptuelle Übertragung liegt in der immanenten Prozessstruktur begründet, die ein zentrales und übergeordnetes Merkmal im Gesundheitssystem und auch im Handlungsfeld darstellt. Einerseits entspricht sie der häufig maßgeblich mitbestimmenden, ökonomischen Perspektive auf die Notfallversorgung im Gesundheitssystem. Andererseits muss sie, aufgrund fehlender Abbildbarkeit der situativen Einflussfaktoren auf das Notfallgeschehen, um die strukturellen Merkmale des ersten Teils erweitert werden. Daraus kann eine Verbindung zur postulierten Kompetenzorientierung, mit Fokussierung und möglicher Zuordnung auf ihre Überprüfbarkeit, hergestellt werden. Diese Verschränkung ermöglicht die Identifikation von pflegebezogenen Prozessen in der Notfallversorgung. Damit einhergehend erfolgt der Übertrag der jeweilig situativen Anforderungen auf die Ebene des konkreten Handelns, der in Differenzierung zum Prozessverständnis als „Workflow“ bezeichnet wird. Er ist geprägt durch die das Handeln beeinflussenden Merkmale und Elemente des Meso- wie Mikrosystems.

Die Auswahl und Vorstellung des Prüfungsverfahrens ergeben sich aus der bestehenden „Good Practice“ von Kompetenzorientierung. Der erforderliche, summative Charakter dieser Abschlussprüfung muss, zum Ermöglichen von Messbarkeit, mit nachvollziehbaren Kriterien hinterlegt und konzeptionell transparent gestaltet sein. Trotz aller Facetten der Heterogenität im Handlungsfeld, soll im Rahmen der Konzeptionierung in einem ersten Schritt dem Anspruch auf Relevanz und Repräsentanz, als Grundlage für vergleichbare und faire Prüfungsbedingungen, entsprochen werden. Die Begründungen zur Simulation der Notfallsituation und zur Modifikation der „Good Practice“ in das daraus resultierende Prüfungsformat (mOSCE-NA) geht, unter Einbeziehen der zuvor gewonnenen Erkenntnisse zur Entwicklung der konkreten Prüfungsinhalte, einher.

Im dritten Teil der Arbeit werden die Resultate in Anforderungen an ein mögliches Verfahren zur Durchführung eines solchen Testkonstrukts überführt. Das zentrale Konstruktionsprinzip stellt dabei der simulative Kontext zur Überprüfung des Kompetenzverständnisses für Pflegepersonal in Notaufnahmeabteilungen dar. Diesem sind, durch die Ausführungen in Teil eins und zwei dieser Arbeit, allgemeingültige, rahmende Prinzipien und immanente Merkmale zur Handlungsorientierung im

---

<sup>3</sup> vgl. Bronfenbrenner 1981. In: Kessl und Reutlinger 2008, S. 172–173.

<sup>4</sup> vgl. Gadatsch 2005. In: Mitrović 2006, S. 46–56.

Handlungsfeld der Notaufnahmeabteilung hinterlegt. Sie schaffen die Grundlage, die erwartbare und benötigte Kompetenz vergleichbar und überprüfbar zu gestalten. Die Verifizierung des mOSCE-NA als geeignetes Instrument für klinische Kompetenzprüfungen im Rahmen der Abschlussprüfung „Notfallpflege“ muss zukünftig erfolgen. Die vorgeschlagenen, exemplarischen Aspekte zur Umsetzung des Verfahrens, sind als Angebote für weitere Validitätsprüfungen, Reliabilitätsempirie und angestrebter Objektivität zu verstehen.

## 2.1 Problemstellungen und Zielsetzungen

Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen eine erforderliche Güte von pflegerischen Fachweiterbildungen und ihrer erwarteten Qualitätssteigerung des professionellen Pflegehandelns in der Notaufnahmeabteilung durch ein Prüfungsverfahren zu unterstützen. Die Konzeptionierung und Entwicklung eines Referenzrahmens, als nutzbares Konstruktionsprinzip auf Grundlage bereits etablierter „Good Practice“ in bezugswissenschaftlichen Disziplinen, wie in der Medizin und im Rettungsdienst, erscheint dabei sinnführend. Die klinisch-praktische Abschlussprüfung wird als ein wesentlicher Aspekt und fester Bestandteil des zu überprüfenden Kompetenzverständnisses der fachweitergebildeten Pflegekräfte, neben weiteren Anteilen, gesehen. Der Autor orientiert sich dabei an modernen berufspädagogischen Konzepten<sup>5</sup>, die eng mit einer Handlungsorientierung einhergehen. Dabei ist *„[...] fachbezogenes und fachübergreifendes Wissen zu verknüpfen, zu vertiefen, kritisch zu prüfen sowie in Handlungszusammenhängen anzuwenden [...]“*<sup>6</sup> Die Bezugnahme zur Berufsausübung als praktisch orientiert, benötigt die Befähigung zu *„[...] eigenem Urteil und zu kompetentem und verantwortlichem Handeln [...]“*<sup>7</sup>, die mit der zugehörigen Kompetenzorientierung und deren Überprüfbarkeit einhergehen. So stellt *„gerade die Anwendung von Wissen im Rahmen praktischer Problemstellungen selbst eine komplexe Fähigkeit [...]“*<sup>8</sup> dar, die es durch Testverfahren zu überprüfen gilt. Dies kann dazu führen, auf der Anbieterseite eine möglichst umfassende Abbildung des Kompetenzverständnisses durch ein kompetenzorientiertes, klinisch-praktisches Prüfungsverfahren durch Rückschlüsse auf Performanz zu ermöglichen.

Problemstellung eins: Das insgesamt sowohl strukturell als auch prozessual sehr heterogene Handlungsfeld Notaufnahmeabteilung wird als Hochrisikobereich und auch als Schnittstelle zwischen der prä- und innerklinischen Versorgung betrachtet.<sup>9</sup>

Unter dem Begriff „Handlungsfeld“ werden *„[...] zusammengehörige Aufgabenkomplexe mit beruflichen sowie lebens- und gesellschaftsbedeutsamen Handlungssituationen, zu deren Bewältigung befähigt werden soll.“*<sup>10</sup> verstanden. Dabei sind *„Handlungsfelder [...]“*

---

<sup>5</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit 2018a, S. 2.

<sup>6</sup> ebd.

<sup>7</sup> Achtenhagen und Tramm 1993, S. 167.

<sup>8</sup> ebd. S. 165

<sup>9</sup> vgl. Wedler et al. 2018, S. 309.

<sup>10</sup> Bader 2003, S. 213–214..

*immer mehrdimensional, indem sie stets berufliche, gesellschaftliche und individuelle Problemstellungen miteinander verknüpfen [...].*<sup>11</sup> Der in dieser Arbeit verwendete Begriff „Notaufnahmeabteilung“ inkludiert, in Ermangelung verbindlicher Definitionen, sinngemäß alle üblichen Bezeichnungen für diese innerklinischen Versorgungsstrukturen, z. B. Rettungsstelle, Notaufnahme, Notfallstelle, Notfallzentrum, Notfallambulanz und weitere. Dieses Handlungsfeld stellt besondere und, im innerklinischen Kontext, nahezu einzigartige Anforderungen an das dort tätige Personal. So sind auch Pflegende in den Notaufnahmeabteilungen gefordert, meist ohne Vorliegen bestätigter Diagnosen, symptomorientiert die jeweilige Notfallsituation und die mit ihr einhergehende Abwägung zwischen Notwendigkeit und Bedarf der Betroffenen zu erfassen. Das Spektrum umfasst dabei Patienten jeden Geschlechts und Alters, sowie Erkrankungen, psychiatrische Alterationen und Verletzungen jeden Ausmaßes und Schweregrades. Ebenfalls müssen bei gleichzeitigem Auftreten mehrerer Notfälle<sup>12</sup>, beim Management von Infektionsgeschehen, unklaren Schadenslagen und Großereignissen wie z. B. Katastrophen, ein priorisiertes Handeln im Kontext knapper Ressourcen, verstanden als defizitäre Beeinflussung, zielgerichtet, qualitätsorientiert und sicher umgesetzt werden. Die hohe Eigenverantwortlichkeit erfolgt dabei immer unter den Aspekten der Mitarbeiter- und Patientensicherheit. Ebenfalls sind die Angehörigen und Begleitpersonen in moderne Betreuungskonzepte zu integrieren. Die Kompetenzen durch die Fachweiterbildung<sup>13</sup> Notfallpflege sind vielfältig und durch interdisziplinäre Teamarbeit gekennzeichnet. Die dem Handeln im Notfallgeschehen innewohnenden Aspekte, wie Komplexität, als Merkmal kritischer Situationen, Eigendynamik und Stressoren wie Zeitdruck, sind ebenso charakteristisch und prägend.<sup>14</sup>

#### Zielsetzung eins: Identifikation immanenter Merkmale des Handlungsfeldes

Die bestehenden Rahmenbedingungen zur professionellen Notfall- und Akutversorgung im heterogenen Handlungsfeld der Notaufnahmeabteilung werden beschrieben, auf Gemeinsamkeiten hin analysiert und, sowohl systemisch strukturell als auch prozessual, als immanente Merkmale identifiziert.

Problemstellung zwei: Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus der fehlenden Vergleichbarkeit von bestehenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Allgemeinen und für die in dieser Arbeit fokussierte Fachweiterbildung für Pflegende in Notaufnahmeabteilungen im Besonderen. Dem zugrunde liegen, neben der

---

<sup>11</sup> Schewior-Popp 2014, S. 9.

<sup>12</sup> Eine einheitliche Definition eines „Notfalles“ oder auch eines „Notfallpatienten“ liegt in Deutschland bisher nicht vor. Es wird sich in dieser Arbeit daher den Definitionen der führenden Notfallmedizinischen Fachgesellschaften (Köster et al. 2016, S. 9–10) angeschlossen.

<sup>13</sup> Der in dieser Arbeit verwendete Begriff Fachweiterbildung bezieht sich auf berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen, die analog bestehender und etablierter Formate (wie z. B. in den Bereichen der Intensivpflege und Anästhesie) mindestens die Dauer von zwei Jahren umfassen und an drei-jährig examiniertes Pflegepersonal mit bestehender Berufserfahrung in ihrem Handlungsfeld adressiert sind. Sie unterliegen dabei in ihrer Ausgestaltung der theoretischen wie praktischen Lehre entweder landesrechtlichen oder kammerrechtlichen normativen Regularien oder den Empfehlungen der „Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.“ (DKG).

<sup>14</sup> vgl. St. Pierre und Hofinger 2020, S. 26–32.

Heterogenität, die bildungsfördernden bedingten Faktoren, wie unterschiedliche Prüfungs- und Abschlussprüfungsmodalitäten und differente Zulassungsvoraussetzungen wie Übergangsbestimmungen (s. u.). Letztere führen, bei besonderen Modalitäten zur anerkannten Qualifikation Notfallpflege, zu fehlender Vergleichbarkeit der Güte der neuen Berufsbezeichnung. Hierunter fallen die Zulassungsvoraussetzungen, meist allein orientiert am Kriterium der „Berufserfahrung in Jahren“<sup>15, 16</sup>, und das Absolvieren einer inhaltlich nicht vergleichbaren, mündlichen Prüfung.<sup>17</sup> Eine überwiegend zeitliche Berufsausübung in der Notaufnahmearbeit kann der mit dieser Zusatzqualifikation intendierten Qualität, im Rahmen der angestrebten Professionalisierung der Pflegenden, ggf. nicht automatisch entsprechen.

Einer hohen Güte der beruflichen Qualifikation wurde im Rahmen der Neustrukturierung der Notfallversorgung durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einerseits zwar Rechnung getragen, da der Bedarf am Berufsbild Pflege im Setting der Notaufnahmearbeit verbindlich formuliert wurde.<sup>18</sup> Damit geht auch die Notwendigkeit einer besonderen Spezialisierung der dort tätigen Pflegekräfte einher.<sup>19</sup> Andererseits lassen die getroffenen Formulierungen verbindliche und einheitliche Kriterien zu dieser „Zusatzqualifikation Notfallpflege“ vermissen. Dies resultiert in variablen Modalitäten in der Umsetzung und Gestaltung der Fachweiterbildung auf der verantwortlichen Anbieterseite (vgl. S. 28). Anzunehmen ist damit, dass uneinheitliches Vorgehen bei der Erfassung von klinischer Kompetenz auch zu differenten Wahrnehmungen des Berufsbildes und des Rollenverständnisses der Notfallpflege führt. Der Autor vertritt damit die Ansicht, dass die Orientierung an der Quantität pflegerischer Mitarbeiter mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege „im Dienst“, aktuell nicht ausreichend für einen Qualitätsindikator sein kann.<sup>20</sup> Damit scheint die vergleichbare Gestaltung und Überprüfung der angestrebten Kompetenz der Notfallpflegekräfte notwendig und sinnführend.

#### Zielsetzung zwei: Überführung der Heterogenität in Objektivierbarkeit durch Simulation

Die identifizierten Merkmale werden in zu berücksichtigende Prüfungsbestandteile überführt und auch als begrenzende Faktoren für eine Prüfung „in situ“/„vor Ort“ argumentiert. Das notwendige, alternative Testkonstrukt zur Prüfung des klinisch-praktischen Kompetenzverständnisses, wird dabei durch die Methode der Simulation vorgestellt. Dabei werden Möglichkeiten und Grenzen simulativer Methodik berücksichtigt und auf die Abbildbarkeit von Notfallpflege, angelehnt an bestehende „Good Practice“ bezugswissenschaftlicher Disziplinen, geprüft.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen zur Konstruktion eines Prüfungsverfahrens, angelehnt an das Verfahren „Objective structured clinical examination“ (OSCE) für

---

<sup>15</sup> vgl. hierzu § 17 Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 6.

<sup>16</sup> vgl. hierzu § 21 (5) Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019c, S. 20.

<sup>17</sup> vgl. Machner et al. 2020, S. 1–8.

<sup>18</sup> vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2020a, S. 7.

<sup>19</sup> vgl. ebd.

<sup>20</sup> vgl. ebd. S. 6

Notaufnahmearbeitungen (mOSCE-NA) genutzt werden. Die Merkmale werden als Referenz zur konkreten Umsetzung dieser Prüfungsform und damit, unabhängig der jeweilig zugrunde liegenden Ordnungsmittel und Zugehörigkeit zu Versorgungsstufen, nutzbar gemacht. Der verfolgte Ansatz dient einer ersten Unterstützung des Erreichens von Vergleichbarkeit der Prüfungsleistungen im besonderen Handlungsfeld. Seine zukünftige Umsetzung unter wissenschaftlicher Begleitung kann damit auch zu Validität und Reliabilität des Verfahrens führen. Sowohl das Handlungsfeld als auch der Subjekt- wie Situationsbezug stellen den Gegenstand der Prüfung dar. Dieser muss dazu, sowohl als Teil eines Arbeitsprozesses, als auch inhaltlich wie strukturell, beschrieben und verstanden werden.

## 2.2 Literaturrecherche und -analyse

Für diese Arbeit wurde zunächst nach relevanter Literatur im Bereich der rechtlichen und allgemeinen Ordnungsmittel zur Fachweiterbildung Notfallpflege und bezugsnormativer Gesetze und Verordnungen recherchiert. Diese bieten den übergeordneten Rahmen z. B. hinsichtlich der Kompetenzorientierung, der Zielsetzung der Qualifizierungsmaßnahme, der umzusetzenden Abschlussprüfungen und dem daraus resultierenden curricularen Aufbau als Anforderung für die jeweiligen Bildungsanbieter. Relevant sind die landesrechtlichen Verordnungen der Länder Berlin und Bremen, sowie die Empfehlungen der DKG. Weitere Empfehlungen von Fachgesellschaften zur Qualifizierung Pflegenden in Notaufnahmearbeitungen konnten ebenfalls gefunden werden. Diese wurden aufgrund ihrer fehlenden Modularisierung, deutlichen Abweichungen von der gesamten Weiterbildungsdauer oder dem differierenden Umfang theoretischer wie praktischer Weiterbildungsmodalitäten ausgeschlossen. Die Ergebnisse brachten eine Weiterführung der Literaturrecherche sowohl systematisch als auch mittels des sog. Schneeballsystems unter Berücksichtigung des hermeneutischen Ansatzes nach SCHLEIERMACHER mit sich. Sein zweiteiliges, hermeneutisches Verfahren basiert auf der Analyse des Eigenlebens eines Textes und darauf, dass vom Autor Gemeintem oder Beabsichtigtem nachzuvollziehen und nacherleben zu können.<sup>21</sup>

Das jeweilige Kompetenzverständnis der Weiterbildungen wurde unter mehreren Perspektiven als relevant angesehen. Neben rechtlichen Aspekten zum Berufsbild Pflegenden, im Spannungsfeld zwischen Kompetenzerwerb durch fachbezogene Spezialisierung und der Delegations- wie Substitutionsproblematik, ist die differente Gestaltung von Abschlussprüfungen von Interesse. Diese resultieren damit in uneinheitlicher Abbildung von Vergleichbarkeit der mit Kompetenz einhergehenden und erwarteten hohen Qualität der Berufsbezeichnung Notfallpflege. Im Kontext der normativen Verankerung dieser Qualifizierung in den vorzuhaltenden Strukturen der Notfallversorgung, erscheint dies mit Stand von 2021 unzureichend geklärt. Die Fokussierung auf ein kompetenzorientiertes, klinisch-praktisches Prüfungsverfahren zum

---

<sup>21</sup> vgl. Becker et al. 2018b, S. 222.

Abschluss der Qualifizierung Notfallpflege, führte zu keinem Ergebnis. Eine Erweiterung der Recherche auf weitere bezugswissenschaftliche Disziplinen, deren Forschungserkenntnisse oder Literatur mit konkretem Bezug zu klinisch-praktischen und kompetenzorientierten Prüfungsverfahren, erfolgte primär online gestützt und orientierend (u. a. Google Scholar/Google). Für die Auseinandersetzung mit den Ausbildungen und der Prüfung von Pflegenden in Notaufnahmeabteilungen, wurde der komplexe Themenbereich dieser Arbeit in Suchbegriffe überführt. Als unterstützend für die thematische Auseinandersetzung und die Auswahl von Suchbegriffen, ist die „face-validity“ des Autors anzusehen. Dies meint einerseits die aktive, berufspolitische Mitarbeit in verschiedenen Gremien zur Gestaltung und Entwicklung der Fachweiterbildung Notfallpflege. Andererseits sind auch die Erfahrungen in leitender Funktion zur Umsetzung einer solchen Fachweiterbildung prägend, besonders hinsichtlich der Gestaltung von Abschlussprüfungen unter persönlich erlebten, neuralgischen Aspekten.

Die in den eingängigen medizinischen Datenbanken (z. B. PubMed®, CINAHL®) recherchierten Schlagworte „Kompetenz“, „Prüfung“, „Notaufnahme“ und „Simulation“ in Kombination mit „Notfall“, „Pflege“, „Notfallpflege“, „Pflegehandeln“, „Interventionen“, „Aufgaben“ und deren Trunkierungen und Kombination mit den gängigen Bol’schen Operanten „AND“ wie „OR“, führten im deutschsprachigen Raum zu einer Vielzahl von Ergebnissen. Diese spiegeln die Aktualität und Dynamik im Bereich der deutschen Notfall- und Akutversorgung, für letztlich alle handelnden Personen, Berufe und Professionen, wider. Auch unterstreicht die Quantität der fachlichen Auseinandersetzungen die Aktualität der Thematik, für diese an der Notfall- und Akutversorgung beteiligten Akteure.

Im Ergebnis wurden, im Bereich der medizinischen und rettungsdienstlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Formate unter Kompetenzorientierung, mit unmittelbar handelndem und häufig simulativem Charakter, geprüft. Bezogen auf den zeitlichen Aspekt der Entwicklung der Fachweiterbildung Notfallpflege, ist im Rahmen der Literaturrecherche deutschsprachige Literatur ab dem Jahr 2010 bis Dezember 2020 einbezogen. Dies liegt darin begründet, dass die Forderungen nach einer Spezialisierung für Pflegekräfte in Notaufnahmeabteilungen seitdem in Form konkreter Empfehlungen zur Gestaltung und Entwicklung der Fachweiterbildung Notfallpflege durch Fachgesellschaften und andere berufspolitische Gremien umgesetzt wird.<sup>22</sup> Für alle Suchbegriffe kamen darüber hinaus sämtliche Quellen wie Fachbücher, Veröffentlichungen, Fachartikel, Strukturvorgaben, Gesetzestexte- und Kommentare sowie Vorträge in Betracht. Der Themenbereich dieser Arbeit weist dabei im Grundsatz einen engen Bezug zum deutschen Bildungssystem und deutschen Ausbildungsstrukturen für Gesundheitsfachberufe auf. Hierbei sind wenige Bezüge, zur verhältnismäßig noch sehr neuen Fachweiterbildung Notfallpflege im Vergleich zu anderen

---

<sup>22</sup> vgl. Dormann et al. 2017, S. 294.

Fachweiterbildungen, vorzufinden. Die Recherche nach Veröffentlichungen von Experten, Arbeitsgruppen und Fachgesellschaften in Form von Positionspapieren und Empfehlungen in Fachzeitschriften, wurden, neben ihrer jeweiligen Onlinepräsenz, in den Verlagsdatenbanken der Georg Thieme Verlag KG, Springer Medizin Verlag GmbH<sup>TM</sup>, der Arbeitsgemeinschaft von Verlagen, der utb GmbH<sup>TM</sup> und der Stumpf+Kossendey Verlagsgesellschaft mbH<sup>TM</sup> durchgeführt. Durch das Schneeballverfahren, durch die in Fachzeitschriften und durch nationale wie internationale Fachgesellschaften veröffentlichten Expertenmeinungen und Diskurse, wurde zusätzliche, anglo-amerikanische Literatur und solche ohne zeitliche Begrenzung ausgewählt, falls sie von Relevanz für diese Arbeit gewesen ist. Die englischen Verschlagwortungen der oben genannten Begriffe und die Erweiterung um den Begriff des „OSCE“, ausformuliert wie abgekürzt, führten hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit oder Überführung von Aufgaben in klinische Kompetenz zu einer Vielzahl von definierten Anforderungen und Tätigkeiten von Pflegekräften in Notaufnahmeabteilungen im internationalen Raum. Die sehr zahlreichen und differenten Betrachtungsweisen, auch für eine Übertragbarkeit des Themenbereichs auf das deutsche Gesundheitssystem, können im begrenzten Rahmen dieser Arbeit nicht umfänglich berücksichtigt werden. Um das Meinungs- sowie Erkenntnisspektrum dennoch abbilden zu können, wurden die relevanten Quellen nach Exemplarität ausgewählt. Sie stellen damit gewiss nur einen orientierenden Einblick in den derzeit verfügbaren theoretischen Bezugsrahmen dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der damit einhergehenden Komplexität der Arbeit, soll auf Grundlage der Ergebnisse der Literaturrecherche durch Formulieren von Problemstellungen und Zielsetzungen begegnet werden. Diese werden im weiteren Verlauf dann aufgegriffen und bearbeitet.

### 3 Strukturen der Notfallversorgung - Teil 1

Durch die sich immer weiter verdichtenden Anforderungen an das Gesundheitssystem und dessen vorhandene Versorgungsstrukturen sind auch die Krankenhäuser gefordert, eine Optimierung der Notfallversorgung vorzunehmen. Es soll eine präklinische, fachlich bereits initiierte und/oder seitens der Patienten und seiner Angehörigen/Bezugspersonen auch erwartete, hohe Versorgungsqualität weitergeführt und gewährleistet werden.<sup>23</sup> Diese optimale Patientenbehandlung steht wesentlich im Kontext übergeordneter rechtlicher und letztlich ethischer Rahmenbedingungen und Entscheidungsfindungsprozesse. „*Obwohl sich Gesundheit nicht einklagen lässt, dominiert das Recht alle Beziehungen im Gesundheitswesen.*“<sup>24</sup> Daraus leiten sich, bei anerkannter und sich verschärfender Ressourcenknappheit, Forderungen von allen am Versorgungsprozess beteiligten Disziplinen ab. Mitarbeitende und Betroffene, Vertreter aus berufspolitischen<sup>25</sup> Fachgesellschaften sowie öffentlich-rechtliches Eintreten durch

---

<sup>23</sup> vgl. Köster et al. 2016, S. 5.

<sup>24</sup> Niehues 2012, S. 14.

<sup>25</sup> vgl. Deutscher Bundestag 2007, S. 43.

Kammerorgane und das bestehende Rechtssystem<sup>26, 27</sup>, erheben im Bereich der Notfall- und Akutversorgung einen Anspruch auf eine Versorgung auf flächendeckendem, wie höchstem Niveau<sup>28</sup>. Die unterschiedlichen Perspektiven und Interessen und die sich daraus ergebenden Diskrepanzen sind in unterschiedlichen Diskursen zu verfolgen. Dies meint das Austarieren von konkurrierenden Zuständigkeiten wie Verantwortlichkeiten, zwischen den notwendigen und am Bedarf orientierten Leistungen, deren Durchführung und die Finanzierung der jeweiligen Notfallversorgung, bei gleichzeitig steigender Inanspruchnahme der Strukturen.<sup>29</sup>

Ein „Notfall“<sup>30</sup>/„Notfallpatient“<sup>31, 32</sup> liegt vor, wenn sich ein Patient infolge von Krankheit, Verletzung oder jeder körperlichen oder psychischen Veränderung des Gesundheitszustandes, für die sich der Patient selbst oder durch Dritte befunden entweder in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine wesentliche Verschlechterung erwarten lässt, wenn nicht unverzüglich medizinische und pflegerische Hilfe geleistet oder in Anspruch genommen wird. Hierbei spielen, neben den objektivierbaren, medizinischen Situationen, auch das subjektive Empfinden der direkt und indirekt Betroffenen eine wesentliche Rolle. In der Bewertung von Ausmaß und Bedeutung der Situation sind, über die fachlichen Fertigkeiten hinaus, die personalen wie sozialen Fähigkeiten der Mitglieder des behandelnden Teams von entscheidender Relevanz.

Neben der Vielschichtigkeit und Komplexität der einzelnen Notfallsituation, kann das Besondere des Handlungsfeldes Notaufnahmeabteilung auch durch seine Bezüge zu außer- und innerklinischen Bereichen abgeleitet werden. Notfälle jeder Art können unterschiedlich komplex und in ihrem Verlauf dynamisch sein. Die jeweilige, subjektive Deutung und Wahrnehmung dieser Ausnahmesituation durch den Betroffenen, seiner Angehörigen und der jeweilig präsenten Gesundheitsfachberufe, unterstreicht ein notwendiges Situationsbewusstsein. Dieses kann, im Gegensatz zu vielen elektiven Interventionen, nur bedingt präventiv berücksichtigt und von daher nicht umfassend in Aus-, Fort- und Weiterbildungskontexten für das Arbeiten im Handlungsfeld der Notaufnahmeabteilung gelehrt werden. In Bezug auf das erfolgreiche Absolvieren einer Fachweiterbildung in fest vorgegebenem, chronologischem Rahmen, ist eine gerichtete, kompetenzorientierte Entwicklung zu erwarten, prüfungsrechtlich und verfahrenstechnisch vergleichbar zu gestalten und fair und summativ zu bewerten.<sup>33</sup>

Die sich aus dem Handlungsfeld ergebenden, potentiell neuralgischen Aspekte für solch ein Prüfungsverfahren, liegen unter anderem darin begründet, dass für diese komplexe und mehrperspektivische Betrachtung eine überwiegend deskriptive Beschreibung dieses

---

<sup>26</sup> vgl. Biermann 2009, 299.

<sup>27</sup> vgl. Biermann 2010, S. 27.

<sup>28</sup> vgl. Metzinger 2016, S. 658.

<sup>29</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 339.

<sup>30</sup> Ricken 2012, S. 1.

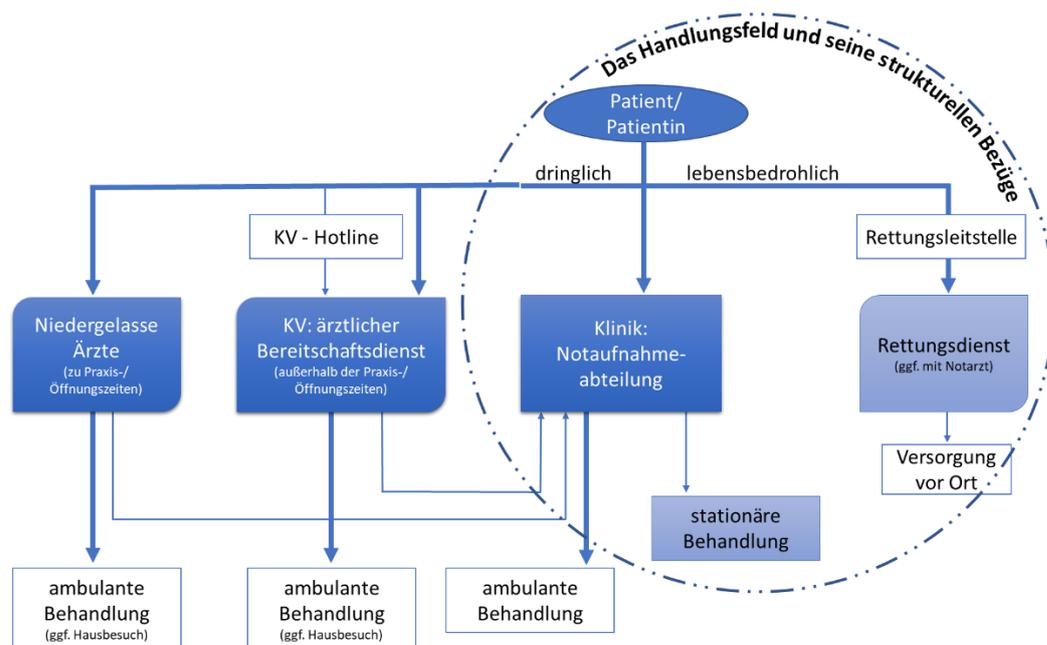
<sup>31</sup> Behringer et al. 2013, S. 625.

<sup>32</sup> vgl. Rettungsdienstgesetze der Länder

<sup>33</sup> vgl. Schaper 2012, S. 60–63.

durch die Vielzahl möglicher, pflegerischen Interventionen, u. a. auch angelehnt an das Pflegesituationsverständnis als besondere „Form sozialen Beziehungshandelns“<sup>34</sup>, nicht ausreichend sein kann. Pflegehandeln ist stets eingebettet in Rahmenbedingungen, welche als konstitutive Elemente beschrieben und damit beeinflussend für das konkrete situative Handeln angesehen werden.<sup>35</sup>

Vielmehr erfordert das Verständnis von Kompetenz und einer daran ausgerichteten Prüfung einerseits eine formale und inhaltliche Strukturierung vorzunehmen, andererseits sind die Zusammenhänge und Wechselwirkungen der miteinander in Bezug stehenden Systeme abzubilden und zu rekonstruieren. Das Denken in systemischen Zusammenhängen erscheint hierzu besonders geeignet, da die Mitarbeiter in den Bereichen der Notfallversorgung einer zunehmenden Bewältigungs- und Lösungskompetenz für die immer stärker miteinander verbundenen ökologischen, gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Probleme bedürfen.<sup>36</sup> Diese Komplexität ist oftmals erst in Systemzusammenhängen beschreibbar und zu verstehen. Daraus können im Gesundheitssystem dann auch einzelne Strukturen als Gesamtprozess der Notfallbehandlung abstrahiert und fokussierter herausgestellt werden.



**Abbildung 1: Das Handlungsfeld und seine strukturellen Bezüge in der Notfallversorgung. Modifizierte Darstellung auf Grundlage des SVR<sup>37</sup> 2018, S. 548**

Der Behandlungserfolg eines Notfalles wiederum ist, gemessen zum Beispiel an empirisch harten, klinischen Endpunkten wie Mortalität zum Outcome des Notfallpatienten<sup>38</sup>, in hohem Maße vom Zusammenarbeiten und der Verzahnung der einzelnen Systeme, der ihnen innewohnenden Prozesse und den Mitarbeitern im behandelnden Team, ihrer

<sup>34</sup> Hundenborn 2007, S. 42.

<sup>35</sup> vgl. ebd.

<sup>36</sup> vgl. Mikula 2002, S. 12.

<sup>37</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

<sup>38</sup> vgl. Becker et al. 2018a, S. 171.

Fertig- und Fähigkeiten, ihrem Wissen und Können, abhängig.<sup>39</sup> So kann die Notaufnahmeabteilung als Handlungsfeld nicht isoliert vom Gesamtprozess der Notfallversorgung und ihrer zugehörigen Systeme betrachtet werden. Im Zusammenhang mit dem pädagogischen Anliegen an eine qualitativ hochwertige klinisch-praktische Abschlussprüfung, eignet sich die systemische Sichtweise ebenfalls.

Es gilt, auf die Herausforderungen der sich wandelnden Gesellschaft, an Erziehung allgemein und damit auch im Kontext der Fachweiterbildung speziell, zu antworten.<sup>40</sup>

Dem legt der Autor das folgende Verständnis von Entwicklung zugrunde:

*"[...] verstanden als lebenslanger Prozess der Wechselwirkung zwischen naturgegebenen Anlagen, aktivem Subjekt und einer in ihren Elementen interagierenden Umwelt. Dieser Ansatz ist insofern einer Mehrzahl wissenschaftlicher Disziplinen verpflichtet, als er auf biologischem/neurologischen Wissen, auf einer konstruktivistischen Entwicklungspsychologie und auf dem Wissen einer in sozialen Systemen denkenden Soziologie aufbaut."<sup>41</sup>*

Zur Darstellung dieser komplexen Bezüge im sozialen Beziehungshandeln, wird das ökologisch - systemische Entwicklungsmodell nach BRONFENBRENNER als sinnführend angesehen. Er betrachtet Entwicklung als *"[...] dauerhafte Veränderung der Art und Weise, wie die Person die Umwelt wahrnimmt und sich mit ihr auseinandersetzt."<sup>42</sup>* Gleichwohl ist das Handeln einer Person ebenfalls immer in den Kontexten, in denen sie handelt, zu berücksichtigen. Die in der Literatur zu findenden Abbildungen seines Ansatzes weisen, konträr zur innewohnenden Dynamik der Systeme untereinander, einen meist statischen Charakter auf. Für die Zielsetzung der Konzeptionierung einer Prüfung können seine Systeme so jedoch nutzbar gemacht werden. Ermöglicht wird damit, zu berücksichtigende, strukturelle oder elementare Merkmale in der Abbildung von Pflegehandeln im Handlungsfeld zu identifizieren und unter Situationsbezug deskriptiv darzulegen. Diese Merkmale können zur Bildung von Referenzen und der Entwicklung von Prüfungs- wie Bewertungskriterien herangezogen werden. Im Folgenden werden dazu die theoretische Explikation seiner systemischen Sichtweise und ihre zugrundeliegende Entwicklungslogik skizziert. Dies dient darüber hinaus ebenfalls einer ersten Annäherung an die, die Entwicklung der klinisch-praktischen Abschlussprüfung leitenden, systemischen Aspekte für ein Kompetenzverständnis. Dies meint im Kontext dieser Arbeit sowohl die dem jeweiligen Handlungsfeld Notaufnahmeabteilung direkt zugehörigen, als auch seine ökologisch-systemischen Bezüge. Dabei sind die Perspektiven auf die Notfallversorgung in Deutschland als Teil des Gesundheitssystems und auch in Bezug zur (zukünftigen) Rolle des Berufsbildes Notfallpflegender einzunehmen.

---

<sup>39</sup> vgl. Ziegler et al. 2015, S. 1.

<sup>40</sup> vgl. Holtz 2008, S. 11.

<sup>41</sup> Liegle. In: Herlth et al. 2000, S. 283.

<sup>42</sup> Bronfenbrenner 1993, S. 19.

### 3.1 Der ökologisch-systemische Ansatz nach Uri Bronfenbrenner

Im systemtheoretischen Entwurf BRONFENBRENNERs wird der Mensch als Teil einer Vielzahl unterschiedlicher Systeme gesehen, deren Mitglieder wiederum verschiedene Rollen einnehmen. Jede Person ist mit mehreren Systemen ihrer Umwelt verzahnt, wobei die einzelnen Teilsysteme nicht isoliert von den anderen betrachtet werden können. Sie stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander und beeinflussen sich dynamisch und interaktionistisch zwischen Individuum und seiner sozialen Umwelt gegenseitig. Aus pädagogischer Perspektive ist sein systemisches Verständnis von Entwicklung damit leitendes Interesse für diese Arbeit:

*"Die Ökologie der menschlichen Entwicklung befaßt sich mit der fortschreitenden gegenseitigen Anpassung zwischen dem aktiven, sich entwickelnden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche. Dieser Prozeß wird fortlaufend von den Beziehungen dieser Lebensbereiche untereinander und von den größeren Kontexten beeinflusst, in die sie eingebettet sind."<sup>43</sup>*

Veränderungen in diesen Lebensbereichen sind damit nicht nur auf der individuellen und unmittelbaren Ebene erfahrbar. Auch die strukturellen oder normativen nehmen als rahmende Bedingungen indirekten Einfluss auf das Individuum. Sie werden von BRONFENBRENNER als Mikro, Meso-, Exo- und Makrosysteme bezeichnet. Ebenfalls erlaubt sein Modell eine Abstraktion und damit einhergehende Eignung auf das zugrunde liegende Kompetenzverständnis in dieser Arbeit (vgl. S. 31). BRONFENBRENNERs Modell setzt, überwiegend am Defizit orientierten Betrachtungen, die Untersuchung und Erfassung *"aktiven, konstruktiven und kooperativen Potentials"* (akkP) entgegen.<sup>44</sup> Im Verlauf dieser Arbeit wird beschrieben, wie sich das Verständnis des akkP durch das Erfahrbarmachen von Entwicklungserscheinungen einer klinisch-praktischen Abschlussprüfung zuschreiben lässt. BRONFENBRENNERs ökologisch-systemischer Ansatz findet bis heute in vielfältiger Art und Weise Berücksichtigung und wird kontextuell modifiziert und adaptiert.<sup>45, 46, 47</sup> Hier dient er der Erkenntnisgewinnung der Systemzusammenhänge im Bereich der Notfallversorgung. So sollen nicht die originär angestrebte Entwicklung des Individuums oder seine Entwicklungsprozesse als pädagogisches Phänomen empirisch erfasst und beschrieben werden. Im Verständnis des Autors kann sein Ansatz auch dazu genutzt werden, die mit der Entwicklung einhergehenden und erwartbaren Entwicklungserscheinungen zu beschreiben. Das erwartete Handeln in Pflegesituationen in der Notaufnahmeabteilung kann, unter Bezug auf den ökologisch-systemischen Ansatz, damit hergeleitet, durch Simulation gezielt

---

<sup>43</sup> ebd. S. 37

<sup>44</sup> vgl. Bronfenbrenner 1993, S. 266–267.

<sup>45</sup> Epp 2018, S. 3.

<sup>46</sup> vgl. Haslberger 2010, S. 12.

<sup>47</sup> vgl. Kubek 2012, S. 135–165.

provoziert und als Performanz beobachtet werden. Dies stellt den Bezugsrahmen für die erforderlichen, summativen Bewertungen dar.<sup>48, 49, 50</sup>

BRONFENBRENNERS 1986 getroffene Erweiterung seines ursprünglichen Ansatzes um das Chronosystem wird in den folgenden Kapiteln derart zugrunde gelegt, dass die durch dieses System inkludierten Entwicklungen und damit einhergehenden, ökologischen Übergänge, z. B. von Schule zu Beruf, Einflüsse auch für die Wahl zum Ergreifen des Pflegeberufes darstellen. Nach Lesart des Autors sind die notwendigen Zugangsvoraussetzungen zum Pflegeberuf, das erfolgreiche Absolvieren der grundständigen Ausbildung und die für die Zusatzqualifikation erforderliche, einschlägige Berufserfahrung, als chronologischer Entwicklungsprozess unter ökologisch-systemischer Perspektive zu werten. Die weitere Entwicklung führt zum angestrebten, erfolgreichen Absolvieren der Fachweiterbildung. Durch diese Zusatzqualifikation soll die konzertierte Zielsetzung<sup>51</sup>, erforderliche Handlungskompetenz für professionelles, situativ-soziales Beziehungshandeln in Notfallsituationen zu erlangen, erreicht werden. Mit ihr wird ein weiterer ökologischer Übergang im Leben des Weiterbildungsteilnehmers (WBT'ler) ermöglicht, der wiederum dem aktiven, konstruktiven und kooperativen Umgang mit verknüpften Ressourcen aus ökologisch – systemischer Perspektive begegnen kann.<sup>52</sup> Das erfolgreiche Absolvieren der Fachweiterbildung geht mit möglichen Veränderungen, u. a. im Mikrosystem, einher. Unmittelbar können darunter eine veränderte Rolle oder veränderte Aufgabenbereiche fallen. Aber auch indirekt ist die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ zum Beispiel auf dem Arbeitsmarkt von Interesse für Arbeitgeber.

Die in Phasen des Übergangs beobachtbaren Entwicklungserscheinungen können als Resultat eines Entwicklungsprozesses, z. B. im Rahmen einer praktischen Abschlussprüfung, bewertet werden. Sein Ansatz erlaubt, einerseits bereits den Weg der Zulassung zu den Abschlussprüfungen als einen solchen Entwicklungsprozess zu verstehen. Andererseits wird durch ihn die Notwendigkeit der angestrebten Umsetzung einer klinisch-praktischen Prüfungsform legitimiert. Durch die Fachweiterbildung erworbene Vorstellungen, konkretisiert im jeweiligen Kompetenzverständnis und den hinterlegten Weiterbildungszielen (vgl. S. 29), kommen durch das beim Handelnden beobachtbare Verhalten zum Ausdruck. Im Folgenden werden die einzelnen Strukturen (Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystem) in ihrer Sinnführung nach dem „Bottom-Up“-Prinzip beschrieben und im Verlauf auf ihre Prüfungsrelevanz überführt. Die im zweiten Teil der Arbeit verwendeten Begriffe der Makro-, Exo-, Meso- und Mikroebenen sind dabei Modifikationen dieser deskriptiven Darstellung. Die Systeme sind im Verständnis BRONFENBRENNERS durch ihre Merkmale, z. B. in Form von ihnen innewohnenden Strukturen, charakterisiert und beschreibbar. Die Bezeichnung der jeweiligen Ebene ist nach Ansicht des Autors geeignet, diese Merkmale als direkt wie indirekt das Handeln

---

<sup>48</sup> vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019c, S. 17.

<sup>49</sup> vgl. Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, S. 11.

<sup>50</sup> vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 18.

<sup>51</sup> vgl. Wedler et al. 2018, S. 311.

<sup>52</sup> vgl. Dutzmann und Nuding 2021, S. 191.

beeinflussend zu konkretisieren und damit in die jeweilige Realität des Handelnden, z. B. in Form von steuernden Prozessen, zu überführen.<sup>53</sup> Das situative Handeln ist geprägt durch die individuelle Wahrnehmung und die Auseinandersetzungen mit der Umwelt. Der Handlungsgegenstand ist damit der „Notfall“, der durch die Kriterien der systemischen Betrachtung in seinen individuellen und situativen Anforderungen sowie in seiner Heterogenität gewürdigt wird. Das analytische Potential von BRONFENBRENNERs Ansatz ermöglicht damit die Identifikation von Merkmalen eines vergleichbaren Anforderungsprofils, auch an Prüfungssituationen.

### 3.2 Das Mikrosystem

Hierunter fallen nach BRONFENBRENNER Systembeziehungen in einem primär bedeutsamen Lebensbereich als Instanz für Sozialisation:

*„Ein Mikrosystem ist ein Muster von Tätigkeiten und Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die die in Entwicklung begriffene Person in einem gegebenen Lebensbereich mit den ihm eigentümlichen physischen und materiellen Merkmalen erlebt.“<sup>54</sup>*

Unter dem Begriff „Lebensbereich“ versteht BRONFENBRENNER einen Ort, an dem Menschen leicht mit anderen in Interaktion treten können. Die drei wesentlich kennzeichnenden Elemente innerhalb des Mikrosystems stellen die „Rollen“, die „zwischenmenschlichen Strukturen“ und die „(molaren) Aktivitäten und Tätigkeiten“ dar.<sup>55</sup> Diese werden als Potenziale, insbesondere für die Förderung des psychischen Wachstums, angesehen. Der Erkenntnisgewinn dieser Darstellung liegt in der Überführung der Merkmale in Erscheinungen. Sie werden kurz erläutert und in ihren Aspekten sinnführend auf eine mögliche Prüfungsrelevanz zusammengefasst. In BRONFENBRENNERs Ausführungen werden sie im empirischen Kontext der menschlichen Entwicklung dargestellt. In dieser Arbeit sollen sie in ihrer Form in Erscheinung treten und bedürfen damit einer sinngemäßen Modifikation. Das maßgebliche Element ist *„Verhalten, aber nicht alles Verhalten ist molare Tätigkeit.“<sup>56</sup>* Dies meint das Eingebettet-Sein des Handelns als Verhalten in einen kontinuierlichen Prozess. Er verfolgt eine gerichtete Absicht, meist mit Zeitperspektiven und Zielstrukturen.<sup>57</sup> BRONFENBRENNER führt weiter eine wechselseitige Einflussnahme und Kennzeichnung unterschiedlicher Ausmaße, wie z. B. die Komplexität oder die Intensität molarer Tätigkeiten, mit den anderen Elementen des Mikrosystems aus. Aus diesem Grunde sei eine eindeutige Differenzierung der Merkmale nicht möglich.

Die angestrebte Überführung in erwartbare Entwicklungserscheinungen, kann sich in Form von zu bewältigenden Defiziten darstellen, die Zeitperspektiven, Zielstrukturen oder

---

<sup>53</sup> vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019b.

<sup>54</sup> Bronfenbrenner 1993, S. 38.

<sup>55</sup> BRONFENBRENNER nutzt an dieser Stelle auch den Begriff „Baustein“. Damit ist eine Differenzierungsmöglichkeit zur Beschreibung der Komplexität von sozialem Beziehungshandeln in Situationen zwar möglich, doch sind die einzelnen Bausteine zusammengehörig und nicht einzelne Merkmale. Ihre Wechselwirkung ist dynamische Ausprägungen und aufeinander zu beziehen.

<sup>56</sup> Bronfenbrenner 1993, S. 60.

<sup>57</sup> vgl. ebd. S. 61.

auch das priorisierte Handeln sowohl unter Qualitätsmerkmalen als auch unter Sicherheitsaspekten negativ beeinträchtigen.

### ***Das Element „Molare Aktivitäten und Tätigkeiten“***

BRONFENBRENNER definiert diese als „*ein über eine gewisse Zeit fortgesetztes Verhalten, das sein eigenes Beharrungsvermögen besitzt und von den am Lebensbereich Beteiligten als bedeutungs- oder absichtsvoll wahrgenommen wird.*“<sup>58</sup> An ihnen können Stand und Ausmaß des psychischen Wachstums erkannt werden. Als prüfungsrelevante Aspekte können identifiziert werden:<sup>59</sup>

- intrinsische Motivation zur Tätigkeit ohne Anregung oder Anleitung anderer
- Ausführung (bis zur Vollendung) über einen gewissen Zeitraum
- Wahrnehmung von den am Lebensbereich Beteiligten als bedeutungs- oder absichtsvoll
- gewisse Widerstandsfähigkeit gegen Unterbrechungen
- ausgebautes Bezugssystem

Der „Ausführung“ wird eine zeitliche Beständigkeit in Abgrenzung zum „Augenblick“ als abgeschlossene Handlung zugesprochen. Dies stellt eine erste Annäherung an ein weiteres, prägendes Merkmal des Handelns, das Prozessverständnis, dar.

### ***Das Element „Zwischenmenschliche Strukturen/Beziehungen“***

Auf Basis von Dyaden werden im Rahmen von Entwicklung zunehmend größere, zwischenmenschliche Strukturen möglich.<sup>60</sup> Grundlegende Bedingung dieser besteht in der Reziprozität<sup>61</sup> dieser Beziehungen. Insbesondere die Form der „Dyade gemeinsamer Tätigkeiten“<sup>62</sup> kann in eine Entwicklungserscheinung resultieren, die „Kräfteverhältnisse“ und „affektive Beziehungen“ in Prüfungsrelevanz überführen.<sup>63</sup>

- interaktive Fertigkeiten
- Bewusstsein wechselseitiger Abhängigkeit
- selbstständige Beeinflussung der Situation

Hierunter sind im Verständnis des Autors die das Handlungsfeld prägende Interdisziplinarität und Teamverständnis auch unter Begriffen wie Macht und Hierarchie zu erfassen.

### ***Das Element „Rollen“***

BRONFENBRENNER definiert das dritte Element des Mikrosystems, die Rolle, als „*ein Satz von Aktivitäten und Beziehungen, die von einer Person in einer bestimmten Gesellschaftsstellung und von anderen ihr gegenüber erwartet werden.*“<sup>64</sup> Sie beeinflussen das Verhalten einerseits in ihren Beziehungen und andererseits in ihren Tätigkeiten. Sie

---

<sup>58</sup> ebd. S. 60.

<sup>59</sup> vgl. ebd. S. 61-70.

<sup>60</sup> BRONFENBRENNER spricht von Dyaden, N+2-Systemen, Triaden, Tetraden und größeren Strukturen mit unterschiedlichem, auch komplexerem Einfluss auf die Entwicklung.

<sup>61</sup> Reziprozität meint hier, wenn die Wirkung einer Tätigkeit oder Beziehung in beide Richtungen verläuft, sodass eine gegenseitige Einflussnahme der Personen besteht. (vgl. ebd.)

<sup>62</sup> Bronfenbrenner 1993, S. 72.

<sup>63</sup> vgl. ebd. S. 71-95.

<sup>64</sup> ebd. S. 97.

sind meist klar benannt und weisen gesellschaftliche Stellungen auf, die wiederum mit Erwartungen an die jeweilige Rolle verknüpft sind.<sup>65</sup> Die fehlende Konkretisierung erlaubt die entsprechende Konkretisierung auf der Mesoebene (vgl. Tab. 4, S. 84):

- „rollenkonformes“ Verhalten in sozialen Beziehungen anderen und einfordernd der Person selbst gegenüber

- Erwartungen an Inhalt von Tätigkeiten im Sinne des Kompetenzverständnisses

Die gewählten Modifikationen „einfordernd“ und „im Sinne des Kompetenzverständnisses“ sollen den Übertrag von BRONFENBRENNERS Ansatz in die erwartbaren Entwicklungserscheinungen unterstreichen.

### **Die Prüfungsrelevanz des Mikrosystems**

Umgelegt auf das Handlungsfeld der Notaufnahmeabteilung kann der Arbeitsplatz strukturell damit als ein Lebensbereich im Mikrosystem identifiziert werden. Im Zusammenhang mit den molaren Tätigkeiten und Aktivitäten, den von der sich entwickelnden Person oder von anderen Personen in diesem Lebensbereich ausgeübten Rollen und den bestehenden Beziehungen zwischen den Personen, bildet dieser im Verständnis BRONFENBRENNERS ein Mikrosystem. Er ist im Kontext der Notfallversorgung nicht isoliert zu betrachten (vgl. Abb. 1). Durch seine vielen Schnittstellen zu prä- und innerklinischen Strukturen und als Abteilung eines Betriebes/Krankenhauses mit vielen Mitarbeitern, können die vielfältigen Verschachtelungen und Beziehungen nachvollzogen werden. Sie sind geprägt durch Interaktionen, die das Handeln unmittelbar beeinflussen und durch das Handeln beeinflusst werden. Die wechselseitigen Beziehungen weisen dabei bereits im Mikrosystem keine klare Trennschärfe auf. Diese Merkmale bestimmen in ihrem jeweiligen Ausmaß das situativ-soziale Beziehungshandeln. Berücksichtigung finden müssen das Zusammenspiel dieser und ihre Reziprozität. So können eine Realitätsnähe und damit die Akzeptanz des Testkonstrukts gewährleistet werden.

Eine klare Quantifizierung und objektive Merkmalsbestimmung im Prüfungsverfahren erscheinen damit zwar erschwert. Dennoch können diese in Form von definierten Merkmalen solche, adaptiert an verknappte Ressourcen im Gesundheitssystem, defizitären Charakter aufweisen, kongruente Rahmenbedingungen und Konzeptionsentscheidungen, z. B. in Form von Regieanweisungen, abgebildet werden. BRONFENBRENNERS Ausführung, dass insbesondere die molaren Tätigkeiten die „*Entwicklung des Individuums am unmittelbarsten erkennen lassen [...]*“<sup>66</sup>, fokussiert dies. Exemplarisch werden damit beispielsweise realitätsnahe Störungen, wie Telefonanrufe oder kollegiale Interaktionen, z. B. Unterstützungsanfragen, legitimiert. Diese erlauben, die „*Beharrlichkeit*“<sup>67</sup> und die „*gewisse Widerstandsfähigkeit*“<sup>68</sup> gegen Handlungsunterbrechungen sichtbar zu machen. Sie geben dabei Hinweise auf ein Rollenverständnis des Absolventen in der Notfallversorgung, da ein Bewusstsein zur

---

<sup>65</sup> vgl. Bronfenbrenner 1993, S. 96 ff.

<sup>66</sup> Bronfenbrenner 1993, S. 60.

<sup>67</sup> ebd.

<sup>68</sup> ebd. S. 61.

selbstständigen Beeinflussung der Situation erwartet werden kann. Damit soll ein Prüfungsverfahren derart gestaltet sein, dass das „Wie“ durch den Teilnehmer aktiv, konstruktiv und kooperativ entschieden und seitens der Prüfer erfasst, zugeschrieben und bewertet werden kann.

### 3.3 Das Mesosystem

BRONFENBRENNER versteht unter dem Mesosystem die Wechselbeziehung der verschiedenen Lebensbereiche zueinander, in denen die sich entwickelnde Person aktiv tätig ist. Der wesentliche Unterschied zu den in weiten Teilen analog dem Mikrosystem verstandenen Elementen und Hypothesen, besteht in der Überbrückung dieser Lebensbereiche.<sup>69</sup> Ebenso spricht er von einem Mesosystem, wenn sich ein „ökologischer Übergang“<sup>70</sup> vollzieht. Dieser ist gekennzeichnet durch Veränderungen von der Person selbst oder auch von anderen vermittelt. Hierzu wird ein Wechsel in ihrer Rolle, ihres Lebensbereiches oder auch beider benannt<sup>71</sup>. Nach BRONFENBRENNER sind genau diese „ökologischen Übergänge“ sowohl Folge, als auch Anstoß von Entwicklungsprozessen. Sie bieten damit Bedingungen für Entwicklungserscheinungen und damit einhergehende Möglichkeiten, diese zu beobachten, da sie im entwickelten Handeln notwendigerweise zum Ausdruck kommen<sup>72</sup>. BRONFENBRENNER konkretisiert im Mesosystem vier Arten von Verbindungen der Lebensbereiche, die diese Annahme bestärken. Diese werden sinnhaft als „Beteiligung an mehreren Lebensbereichen“, „indirekte Verbindung“, „Kommunikation zwischen den Lebensbereichen“ und „Kenntnis über andere Lebensbereiche“ ausgeführt<sup>73</sup>. Als wesentliche, zu berücksichtigende Elemente für diese Arbeit werden die Bedeutungen der unterschiedlichen Verbindungen für das durch Wechselseitigkeit geprägte Handeln in Notfallsituationen angesehen. Verbindungen entstehen auch durch andere Personen, die an zwei Lebensbereichen teilnehmen, oder auch einfach durch die Kenntnisse, die in einem Lebensbereich über den anderen vorhanden sind.<sup>74</sup> Sie ergeben soziale Netzwerke, die, je nach Art der Verbindung wiederum, unterschiedlich genutzt werden oder unterschiedlichen Nutzen haben. In der Zusammenführung des Verständnisses der Fachweiterbildung als Entwicklungsprozess, können die entwicklungsfördernden Potenziale des Mesosystems im pädagogischen Sinne positiv auf die Entwicklung wirken. Im Rahmen dieser Arbeit ist damit der Einfluss der Fachweiterbildung gemeint. Hierzu zählen die Wechselbeziehungen zwischen der Weiterbildungsstätte, den praktischen Einsatzbereichen und den jeweiligen Lebenskontexten, aber auch die parallele Weiterführung der beruflichen Aufgaben und arbeitsvertraglichen Verpflichtungen des WBT'ler. Die jeweils zugehörigen Netzwerke und inkludierten Lebensbereiche sind ebenso beeinflussend. Beide lassen sich mesosystemisch zur Entwicklung einer

---

<sup>69</sup> vgl. Bronfenbrenner 1993, S. 199.

<sup>70</sup> ebd. S. 61.

<sup>71</sup> vgl. ebd. S. 43.

<sup>72</sup> vgl. ebd. S. 44.

<sup>73</sup> vgl. ebd. S. 200-206.

<sup>74</sup> vgl. Heimlich 1997.

zusatzqualifizierten Pflegekraft für Notfallpflege überführen. Das erfolgreiche Absolvieren stellt, im Verständnis des Autors, einen ökologischen Übergang dar und bietet die Möglichkeit, die Entwicklungserscheinungen im Rahmen des situativ-sozialen Beziehungshandelns zu prüfen. Dabei sind die systemisch verzahnten Beziehungen der Mikro- und Mesosysteme und ihre innewohnenden Merkmale relevant für die inhaltliche Gestaltung der Abschlussprüfung, die diese in Erscheinung treten lassen soll. Hierzu sind Abstimmungen zwischen der Weiterbildungsstätte und dem jeweiligen Handlungsfeld eines Absolventen zu treffen, die die Alltagspraxis berücksichtigen.

Relevant ist dazu das Bewusstsein der wechselseitigen Einflussnahme mit dem „Lebensbereich Weiterbildungsstätte“ zur beruflichen Weiterentwicklung des Individuums, ebenfalls ein gekennzeichnetes Mikrosystem. Hierunter fällt damit die Verantwortung der jeweiligen Anbieter, die zur erfolgreichen Entwicklung des WBT'ler führenden und prägenden Merkmale, im Rahmen der Abschlussprüfung zu berücksichtigen. Diese Wechselwirkung auf die berufliche Entwicklung wird dem Mesosystem zugeordnet. Die Weiterbildungsziele können in diesem Sinne einer zielgerichteten Beeinflussung von Entwicklung und deren Erscheinungen zugehörig und dienlich sein. Bestimmte äußerliche Merkmale oder Fähigkeiten, die dem Handeln des Individuums durch ein anderes Individuum zugeschrieben werden<sup>75</sup>, sind als beobachtbare, personale Einflussgrößen auf das Handeln von Interesse. Sie legitimieren erneut die postulierte Notwendigkeit zur Umsetzung einer klinisch-praktischen Abschlussprüfung zur Erfassung des situativ-sozialen Beziehungshandelns in der Notfallversorgung eines Patienten.

### ***Die Prüfungsrelevanz des Mesosystems***

Das situative Element leitet sich aus dem zwar sehr heterogenen, dennoch aber zielführenden Verständnis der Notaufnahmearbeiten und des Prüfungsgegenstandes ab.<sup>76</sup> So werden Patienten einer initialen Versorgungsstruktur zugeführt, die jedoch keinen längeren Aufenthalt, z. B. in Form eines stationären Verbleibes, vorsieht. Somit ist die originäre Notfallversorgung (exklusive der Wartezeit der Patienten) durch knappe und überschaubare Zeiträume im Bereich von wenigen Minuten bis zu einigen Stunden charakterisiert.<sup>77</sup> Demnach müssen die Bedingungen für solche Testkonstrukte derart gestaltet werden, dass sie die beobachtbaren Entwicklungserscheinungen im Kontext des situativ-sozialen Beziehungshandelns einerseits im kurzfristigen Aufenthalt, andererseits im damit erschwerten Beziehungsaufbau beinhalten. Sie sind durch die Merkmale auf der Mikro- wie Mesoebene gekennzeichnet, durch die Verbindungen und Überbrückungen zu berücksichtigen und in Form von definiertem Fachwissen durch Vorgaben der Ordnungsmittel legitimiert. Das Prüfungsverständnis des Autors wird in Bezug zur

---

<sup>75</sup> vgl. Seifert, Anne. In: Epp 2018, S. 6.

<sup>76</sup> vgl. Behringer et al. 2019, S. 331.

<sup>77</sup> vgl. ebd.

Notfallsituation und den beiden unmittelbar das Handeln beeinflussenden Systemebenen des ökologisch-systemischen Ansatzes damit wie folgt definiert:

**„Die kompetenzorientierte, klinisch-praktische Abschlussprüfung ist eine Möglichkeit, die erwartbaren und durch das Weiterbildungsziel definierten Entwicklungserscheinungen des angestrebten Kompetenzverständnisses für Notfallpflege im situativ-sozialen Beziehungshandeln in der Performanz dem Absolventen zuzuschreiben und zu bewerten.“**

Die entwicklungsfördernden Faktoren im Mikro- und Mesosystem können für die sinnvolle Vernetzung der Wechselwirkungen von Beruf, Weiterbildung, zugehörigen Ausbildungsorten sowie deren Verzahnung herangezogen werden. Die herausgestellten Merkmale sind als beeinflussend für das unmittelbare Handeln verstanden und der Konzeptionierung zuträglich. Diese gilt es, anhand festgelegter und objektivierbarer Kriterien, zu provozieren und damit in Erscheinung treten zu lassen. Konsekutive Berücksichtigung erfahren damit neben den Merkmalen, auch die zu inkludierende Anzahl der strukturell verschiedenen, zugehörigen weiteren Lebensbereiche im Kontext der Notfallversorgung. Deren strukturelle Verschiedenheit kennzeichnet sich nach BRONFENBRENNER durch gemeinsame Tätigkeiten mit vielen verschiedenen Personen, unterschiedlichen Aufgaben und Situationen, sowie Unterschiede in kulturellen Kontexten wie Religion, Ethik oder Altersgruppen.<sup>78</sup>

Das situativ-soziale Beziehungshandeln in Notfallsituationen ist letztlich geprägt von erwartbaren Entwicklungserscheinungen, die sich als Performanz hoher kognitiver Leistungsfähigkeit, sozialen Fähigkeiten und Flexibilität<sup>79</sup> darstellen. Diese Darstellung verstärkt die Notwendigkeit, Interaktion in Beziehungen beobachtbar und die Prüfung, trotz des situativen Charakters des Prüfungsgegenstandes, fair und vergleichbar zu gestalten. Umgelegt auf die Konzeptionierung müssen dazu auch die wesentlichen Interaktionspartner und Netzwerke in den Mikro- wie Mesosystemen in das Prüfungsverfahren inkludiert werden.

Die größte Berufsgruppe, der in einer ZNA tätigen Mitarbeiter, stellen die Pflegekräfte dar.<sup>80, 81</sup> Im präklinischen Bereich soll die Ausbildung des neuen Berufsbildes des Notfallsanitäters<sup>82, 83</sup> dem Umstand einer klaren Gestaltung der Kompetenzverteilungen auf den Notfallsanitäter (NotSan) oder jeweiligen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) Rechnung getragen werden.<sup>84</sup> Dies ist bisher nicht abschließend geklärt.<sup>85, 86</sup> Insbesondere die inkludierten heilkundlichen Tätigkeiten ohne die Anwesenheit eines Arztes kann

---

<sup>78</sup> vgl. Bronfenbrenner 1993, S. 203.

<sup>79</sup> vgl. ebd.

<sup>80</sup> vgl. Wedler et al. 2018.

<sup>81</sup> vgl. Blum et al. 2010, S. 79.

<sup>82</sup> NotSanG vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 22.05.2013.

<sup>83</sup> vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 22.05.2013.

<sup>84</sup> vgl. Bayrisches Rotes Kreuz 2014.

<sup>85</sup> vgl. Dittmar et al. 2020.

<sup>86</sup> vgl. Breuer et al. 2020.

bedeuten, auch die Pflegekräfte zur Sicherung und Fortführung präklinisch initiiertes, invasiver Maßnahmen und Verfahren zu konfrontieren.<sup>87</sup> Das Vorgehen von Mitarbeitern des Rettungsdienstes erfolgt häufig durch klare Handlungsanweisungen und anhand der Umsetzung festgelegter Algorithmen.<sup>88</sup> Diese „Standardarbeitsanweisungen“ (SAA) und „Behandlungspfade“ (BPR) dienen einer zielgerichteten und strukturierten Vorgehensweise und können so auch die Handlungssicherheit erhöhen. Im Schockraummanagement werden diese etablierten präklinischen Strukturen auch im innerklinischen Bereich eingesetzt<sup>89</sup> und müssen dort bekannt und etabliert sein. Dies wird im umgangssprachlichen Gebrauch auch als das „Sprechen einer gemeinsamen Sprache“ bezeichnet. Die notwendigen fachlichen Qualifikationen im ärztlichen Bereich<sup>90,91</sup> sind weitestgehend konzertiert. Sie sollen den zunehmenden Anforderungen an die Komplexität der Notfallmedizin, auch bildungsfördernd durch die einzelnen Landesärztekammern (LÄK) anerkannt, gerecht werden. Die Zusatzqualifikation „Notfallmedizin“ im präklinischen Bereich ist Standard. Die seit 2018 zu erlangende Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ ist im Zusammenhang mit dem Beschluss des G-BA zur Neuregelung der Notfallstrukturen an Krankenhäusern von Relevanz (s. S. 39 ff.). Bereits seit Langem in Notaufnahmen eingesetzte nicht-ärztliche Mitarbeiter sind sowohl im administrativen Bereich als auch im versorgenden Bereich (z. B. rettungsdienstliche Qualifikationen) etabliert. Relevant für die Konzeption ist der stete, interdisziplinäre Kontakt zu Strukturen und Netzwerken und ihre wechselseitigen Einflüsse und Abhängigkeiten. Diese sind elementarer Bestandteil einer adäquaten und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

Zu einer Akzeptanz der Prüfung sollen die Merkmale der interdependenten Interdisziplinarität mit lokalen Begebenheiten der jeweiligen Notaufnahme abgestimmt sein und so den Lebensweltbezug des Absolventen berücksichtigen (vgl. S. 82 ff.).

### 3.4 Das Exosystem

Hierunter werden informelle und formelle soziale Strukturen verortet, die das sich entwickelnde Individuum indirekt im unmittelbaren Handeln beeinflussen.

*„Unter einem Exosystem verstehen wir einen oder mehrere Lebensbereiche, an denen die sich entwickelnde Person nicht selbst beteiligt ist, in denen aber Ereignisse stattfinden, die diejenigen in ihrem Lebensbereich beeinflussen oder von ihnen beeinflusst werden.“<sup>92</sup>*

Diese Ereignisse wirken sich letztlich auf das Mikrosystem der sich entwickelnden Person und auf die Prozesse der Entwicklungsveränderungen aus. Darunter fallen die größeren Institutionen der Gesellschaft – nicht nur die planvoll strukturierten, sondern auch die

---

<sup>87</sup> vgl. Mann et al. 2020.

<sup>88</sup> vgl. Afflerbach et al. 2019.

<sup>89</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) 2019, S. 9–10.

<sup>90</sup> vgl. Gries et al. 2010.

<sup>91</sup> vgl. Bundesärztekammer 2018a, S. 361.

<sup>92</sup> Bronfenbrenner 1993, S. 224.

spontan entstehenden – und wie sich diese auf der konkreten lokalen Ebene entfalten.<sup>93</sup> Die hier zu verortenden, indirekt das Handeln beeinflussenden Strukturen sind in der Notaufnahme vielfältig (vgl. Abb. 2) und werden an dieser Stelle anhand einiger Beispiele verdeutlicht.

Verfahrens- wie Dienstanweisungen können als Leitfaden aufgefasst werden, der die, für ein erfolgreiches Handeln als erforderlich angesehenen, Arbeitsschritte vorgibt. Dies kann z. B. in Form von Algorithmen oder Leitlinien vorgegeben sein und liegt in unterschiedlichen Gestaltungen und Adressierungen vor. In der Notaufnahmeabteilung werden sie häufig als „Standard Operating Procedures“ (SOP)<sup>94</sup> bezeichnet. Im institutionellen Bereich sind sie akzeptiertes und anerkanntes Werkzeug, unter anderem im Bereich des verpflichtenden Qualitätsmanagements. In den verbindlichen Vorgaben des G-BA sind Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erbrachter Leistungen verankert, die solche Verfahrensanweisungen erforderlich machen.<sup>95</sup> Zur weiterführenden Differenzierung zwischen Prozess-, Verfahrens- und Arbeitsanweisung wird auf die rahmenden Gesetze und die zugehörigen Normen verwiesen.<sup>96</sup> Sie werden im Rahmen der Qualitätssicherung hinterlegt, sind somit potenziell einzusehen und können damit durch die Weiterbildungsstätte, z. B. in der klinisch-praktischen Prüfung, berücksichtigt werden. Allgemein dienen sie als orientierender „Handlungsleitfaden“ und können mono-, z. B. als Pflegestandards, wie interdisziplinär, z. B. in Form von Schockraumalgorithmen oder abteilungsübergreifend, wie Hygienepläne, ausgerichtet sein. Sie verfolgen das Ziel, eine hohe Ergebnisqualität durch eine Standardisierung im Handeln sicherzustellen.

Ebenso indirekt beeinflussend ist die im Exosystem verortete die Infrastruktur des sozialen/beruflichen Umfeldes. Hierunter fallen Kommunikationswege, z. B. Alarmierungspfade oder auch die Inanspruchnahme konsiliarischer Dienste. Die sich daraus ergebenden Abhängigkeiten als wechselseitige Beziehungen, sind für das Handeln in Notfallsituationen damit sehr relevant. Exemplarisch sei hier auf meist notwendige Befundung oder notwendige Messergebnisse verwiesen, welche zu einer Festlegung, Modifikation, zum Abbruch oder auch der Fortführung einer Therapie führen. Typische Beispiele sind die Dauer oder die Wege bis zu einer Mitteilung von Ergebnissen. Hierbei sind allgemeine Laboruntersuchungen in Abgrenzung zum gebräuchlichen „Notfalllabor“ oder die Dauer der Auswertung einer Elektrokardiografie (EKG) durch einen ärztlichen Kollegen zu nennen.

Im Bereich der Fachweiterbildung sind die bestehenden Strukturen in abteilungsinternen und den abteilungsfernen, praktischen Ausbildungsörtlichkeiten indirekt beeinflussend. Diese können einerseits intern der entsendenden Institution, z. B. die Intensivstation oder Anästhesieabteilung, oder auch extern, z. B. bei Einsätzen im Rettungsdienst, sein. Ihre

---

<sup>93</sup> vgl. Oerter 1978, S. 36.

<sup>94</sup> vgl. Kirsch et al. 2014, S. 426.

<sup>95</sup> vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2019, S. 31.

<sup>96</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt 2021.

jeweiligen „Ereignisse“ nehmen indirekten Einfluss auf das unmittelbare Handeln. Hier können andere Hierarchiestrukturen, Dienstplangestaltung oder auch gänzlich andere Kommunikationswege aufgeführt werden, wiederum in wechselseitiger Beziehung zu weiteren übergeordneten Rahmenbedingungen. Die vorgestellten SOP müssen unter verbindlichen, auch rechtlichen Aspekten gestaltet sein. Darunter fällt die Inkludierung der jeweilig aktuellen Evidenz („evidenzbasierte Pflege“/„evidence based nursing“ [EbN] und „evidenzbasierte Medizin“/„evidence based medicine“ [EbM]) zum Pflegestandard, zur ärztlichen Leitlinie oder zur interdisziplinären Verfahrensanweisung. Ähnlichen Bezug bieten Inhalte des Infektionsschutzgesetzes, die auf der Ebene der Hygienepläne konkretisiert werden. Auch die curricular geplanten „Fremdeinsätze“ in anderen Abteilungen oder Institutionen der Weiterbildungsteilnehmer sind Vorgaben, die aus den übergeordneten Weiterbildungsverordnungen oder Empfehlungen resultieren. Hierunter fallen die Ausgestaltungen durch Weiterbildungsanbieter, die sich an den landesrechtlichen Verordnungen in Bremen und Berlin und denen der DKG orientieren. Ersichtlich wird die nicht immer eindeutige Zuordnung zu den einzelnen Systemen. Die „Institution Krankenhaus“ kann als institutionelle Örtlichkeit zur Notfallversorgung und deren zugehörige Anforderungen an die Zugehörigkeit zu einer Versorgungsstufe verstanden werden (vgl. S. 39). Nach Lesart des Autors geht damit ein Charakter allgemeingültigerer Einflüsse auf das Handeln, zur Sicherstellung des Gesamtprozesses der Patientenversorgung, einher (vgl. Teil zwei). Demgegenüber stellt die Perspektive auf das „Institut Krankenhaus“ mit seinen internen Strukturen, einen eher konkreten Einfluss auf das situativ-soziale Beziehungshandeln dar. Der angestrebten Vergleichbarkeit von Leistungen, unter Gewährleistung einer möglichst hohen, inhaltlichen Kongruenz im Prüfungsverfahren, durch eine Standardisierung, sind so letztlich Grenzen gesetzt. Die verwendeten Begriffe „Leitlinie“ oder auch „Richtlinie“ im medizinischen Kontext sollen dies verdeutlichen:

Im Interesse der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung werden im Bereich der evidenzbasierten Medizin kriteriengeleitet und konzertiert Leitlinien entwickelt.<sup>97</sup> Die übergeordnete Zielsetzung dieser besteht, wie in der gesamten Ausrichtung der Notfallversorgung, in der Gewährleistung von Patienten- wie Mitarbeitersicherheit und bestmöglicher Behandlung, Betreuung und Begleitung von Notfallpatienten. Deren konkrete Gestaltung wiederum, unterliegt institutseigenen Verantwortlichkeiten. So werden die Leitlinien üblicherweise nicht bis auf die Produktebene formuliert. Ähnliches gilt für den Begriff „Richtlinie“ und seine Verwendung. Beispielsweise wird im rechtsverbindlichen Rahmen zur Durchführung von invasiven Maßnahmen wie Punktionen, z. B. normativ durch das Robert-Koch-Institut<sup>98</sup>, Übertragen auf die Exoebene, z. B. im Rahmen der Verpflichtung zur Entwicklung von Hygieneplänen<sup>99</sup>, ein aseptisches Vorgehen im situativ-sozialen Beziehungshandeln gefordert. Die Auswahl der

---

<sup>97</sup> vgl. AWMF 2020.

<sup>98</sup> vgl. Robert Koch-Institut 2011, S. 1136.

<sup>99</sup> vgl. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention 2010, S. 754 ff.

dazu nötigen Ressourcen, z. B. der Personal- oder Materialbedarf, obliegt den entscheidenden Personen, z. B. auf Abteilungsebene, so dass die Ausführung der exemplarischen Puktion durch eine instituts- oder abteilungseigene Leitlinie oder SOP festgelegt sein sollte.

### **Die Prüfungsrelevanz im Exosystem**

Es wird ersichtlich, dass Freiheitsgrade in der Prüfungsgestaltung aufgrund der dynamischen Wechselbeziehungen und der möglichen differenten Gestaltung der Handlungsfelder untereinander berücksichtigt werden müssen. Die jeweilig festzulegenden Kontexte sind damit entscheidende Kriterien zur Provokation von Sichtbarkeit der erwarteten Entwicklungserscheinungen. Eine Bestimmung von zu implementierenden Variablen, als sog. Freiheitsgrade auf der Exoebene, kann dem gerecht werden. Die daraus erfolgende Abstimmung der lokalen Begebenheiten der entsendenden Notaufnahme mit dem jeweiligen Weiterbildungsanbieter ist logische Konsequenz (vgl. Anlage). Damit kann eine adressatenorientierte Implementierung, z. B. haus- oder auch abteilungsinterner SOP, Prozeduren oder Materialien erfolgen, wobei die immanenten Merkmale den Rahmen zur Prüfungskonzeption bieten (vgl. Tab. 5). Dies gelingt mit dem Verständnis der universellen Wirkungen des Makrosystems.

## **3.5 Das Makrosystem**

### **Der Begriff des Makrosystems**

*"bezieht sich auf die grundsätzliche formale und inhaltliche Ähnlichkeit der Systeme niedrigerer Ordnung (Mikro-, Meso- und Exo-), die in der Subkultur oder der ganzen Kultur bestehen oder bestehen könnten, einschließlich der ihnen zugrunde liegenden Weltanschauungen und Ideologien."<sup>100</sup>*

Somit richtet sich das Makrosystem nicht auf spezifische Kontexte, die das Leben des oder der Einzelnen betreffen, sondern auf übergeordnete institutionelle Muster, Strukturen und Aktivitäten, die für eine Kultur oder Subkultur gelten – es kann als übergreifender Bezugsrahmen aufgefasst werden. Es besitzt also eine universelle Wirkung, die die Gesellschaft als Ganzes durchdringt. Darunter fallen z. B. politische, ökonomische, soziale, juristische oder erzieherische Muster.<sup>101</sup> Die unter dem Makrosystem verorteten Strukturen, wie Berufsbilder und ihre Rollenmuster, soziale Werte, Gesetze und Normen, makropolitische Entscheidungen, Institutionen und auch das Schulsystem<sup>102</sup>, können damit auch direkt auf den klinischen Kontext und seine institutionellen Strukturen übertragen werden (vgl. Abb. 3). Dies erlaubt eine Abstraktion auf „Ereignisse“, die sich ebenfalls indirekt auf das konkrete Handeln auswirken. Makrosysteme können damit auch Bezüge zu möglichen, künftigen Konstruktionsmustern enthalten. Darunter fallen berufs- und bildungspolitische Aspekte der Fachweiterbildung Notfallpflege unter einem Berufsbildverständnis, die einerseits zu ihrer curricularen Ausgestaltung führen.

---

<sup>100</sup> Bronfenbrenner 1993, S. 42.

<sup>101</sup> vgl. Bronfenbrenner, Urie. In: Oerter 1978, S. 36.

<sup>102</sup> vgl. Epp 2018, S. 5.

Andererseits sind die rahmenden Muster, Strukturen und Aktivitäten auf der Makroebene wesentlich für den Erfolg und die Anerkennung der Bildungsmaßnahme und für die Ausgestaltung der zukünftigen Rolle der Notfallpflege. Dies sowohl im System der Notfallversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, als auch in der Institution Krankenhaus und der jeweiligen Notaufnahmeabteilung. Dies knüpft an die Bedeutung von Qualität der Bildungsangebote und die erforderliche Güte von Testverfahren an. Im Folgenden werden diese Bezüge differenziert dargestellt.

Für die Arbeit von besonderem Interesse sind die dem Handlungsfeld auf Makroebene zuzuordnenden Gesetze und Normen, bestehende, relevante makropolitische Entscheidungen für die Notfallpflege, das kontextuelle, systemische Verständnis der Institutionen und die Kompetenzorientierung. Sie werden im weiteren Verlauf beeinflussend sowohl für die Entwicklung des Individuums, als auch für die resultierenden Entwicklungserscheinungen im situativ-sozialen Beziehungshandeln dargestellt. Dies entspricht dem Anspruch der Kompetenzorientierung. Ausgehend von der Forderung, *„die Strukturen, den Aufbau und die (Arbeits-) Organisationsformen des Handlungssystems der Gesundheitswirtschaft zu betrachten“*<sup>103</sup>, kann, angelehnt an das konstruktive Element der handlungstheoretischen Aneignungsdidaktik<sup>104</sup>, ein weiterer Bezug hergestellt werden: *„Ein Handlungsfeld wird durch komplexe berufliche, gesellschaftliche und/oder private Aufgaben und Problemstellungen bestimmt. Bei der Bewältigung der Aufgabenstellung innerhalb des Handlungsfeldes agiert das Individuum kognitiv, sozial - kommunikativ, gegenständlich - materiell und emotional.“*<sup>105</sup> Damit muss für die Konzeptionierung der Abschlussprüfung die Notaufnahmeabteilung erfasst und charakterisiert werden.<sup>106</sup> Daraus können, in Ermangelung konzertierter Aufgaben und Tätigkeiten, eine begründbare Abstrahierung und die Auswahl immanenter Merkmale des Handlungsfeldes zur Konzeptionierung resultieren. Die nachfolgend aufgeführten makrosystemischen Bezüge bilden die universalen Ereignisse ab, die für die Konzeption der Prüfung besondere Relevanz auf das situativ-soziale Beziehungshandeln aufweisen.

### ***Notfallpflege im berufs- und bildungspolitischen Kontext***

Durch die fortschreitenden Spezialisierungen in den innerklinischen Örtlichkeiten für Notfälle, werden zunehmend Möglichkeiten geschaffen, diesen zunehmenden Anforderungen durch berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gerecht werden zu können. Auf die seit Jahren berufspolitisch z. B. durch Fachgesellschaften und Verbände geforderte<sup>107, 108, 109</sup> Weiterbildungsmöglichkeit für Pflegekräfte wurde mittlerweile normativ durch die „Zusatzqualifikation Notfallpflege“<sup>110</sup> reagiert. Ein

---

<sup>103</sup> Bundesinstitut für berufliche Bildung (BIBB) 2005.

<sup>104</sup> vgl. Muster-Wäbs und Schneider 2001, S. 44.

<sup>105</sup> ebd. S. 45.

<sup>106</sup> vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, Kap. 2.2.

<sup>107</sup> vgl. Wedler et al. 2016, S. 542.

<sup>108</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) 2014.

<sup>109</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. 2014.

<sup>110</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss 2020b, S. 7.

bundeseinheitliches und damit vergleichbares Konzept erscheint, auch bildungsföderal bedingt, kurz- und mittelfristig nicht umsetzbar. Dennoch sind die auf landesrechtlicher Ebene in Berlin und Bremen sowie die durch die DKG geschaffenen Rahmenbedingungen als Meilensteine zur Professionalisierung der Pflegekräfte in Notaufnahmeabteilungen zu betrachten. Dies ist, neben dem nationalen Interesse, zur Anschlussfähigkeit an international etablierte und bestehende Qualifizierungen, von Relevanz. Der Themenkomplex der europaweit angestrebten horizontalen wie vertikalen Durchlässigkeit durch eine Vergleichbarkeit von Berufsausbildung und Qualifikationen des Pflegeberufes, wird in dieser Arbeit nicht vertiefend aufgegriffen. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass die verschiedenen Bildungs- und Gesundheitssysteme sich nicht kongruent auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen lassen. Tragend dafür ist die international überwiegende Akademisierung der Pflege zu sehen. Mit dieser gehen normgebende und differenzierte wie anerkannte Zuständigkeiten und Verantwortungen einher<sup>111</sup>, die durch bestehende und konzertierte Kompetenzbeschreibungen hinterlegt sind.<sup>112</sup> Dies wiederum ist für die Konzeptionierung der Abschlussprüfung von Bedeutung. Die zukünftig auch in Deutschland erforderlichen Veränderungen im Gesundheitswesen<sup>113</sup> führen zunehmend zu einem Mix unterschiedlicher Qualifikationen und eine veränderte Bildungspolitik<sup>114</sup> ist absehbar. Die Unterteilung Pflegenden unter Einordnung zu Bildungsniveaus durch das „International Council of Nursing“ (ICN) verdeutlicht dies.<sup>115</sup> Diese Perspektive kann den zukünftigen Entwicklungen auch für die Absolventen der Fachweiterbildung im „Grade- und Skillmix“ dienlich sein.<sup>116</sup> Aktuell ist das erfolgreiche Absolvieren der Weiterbildung Notfallpflege nicht an die Ausübung der Tätigkeit als Pflegekraft in Notaufnahmeabteilungen als Berufszulassung geknüpft. Hinweisenden Charakter einer solchen Entwicklung besitzen jedoch die Verankerung im G-BA und die bestehenden Forderungen nach pflegerischen Personalbemessungen mit einhergehenden Mindestbesetzungen<sup>117</sup> in den, zunehmend auch als pflegesensitiv<sup>118</sup> wahrgenommenen, Abteilungen. Durch frühzeitige und abgestimmte Berücksichtigung dieser Aspekte, kann Anforderungen an formale Qualifikationen, auch für zukünftige Anerkennungsverfahren, vorausschauend begegnet werden. Die Rechtsbeziehung im konkreten Pflegehandeln bezüglich Delegation und Substitution ist dabei von hoher Relevanz. Damit eignet sich die präventive Berücksichtigung der Aspekte für eine zukunftsorientierte Weiterbildung mit allgemein kompetenzorientierten Prüfungsverfahren. Im internationalen Kontext ist die Qualifikation der Pflegekräfte eng an „Kompetenz-Level“<sup>119</sup> geknüpft. Für Pflegenden in

---

<sup>111</sup> vgl. Osterbrink J. et al. 2017.

<sup>112</sup> vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung.

<sup>113</sup> vgl. Kuhlmeier 2013, S. 149.

<sup>114</sup> vgl. Eddy et al. 2016, S. 104 ff.

<sup>115</sup> vgl. Ewers 2019.

<sup>116</sup> vgl. Stewig-Nitschke und Krey 2014, S. 7–8.

<sup>117</sup> vgl. Behringer et al. 2019, S. 331.

<sup>118</sup> vgl. Behringer und Lamp 2015, S. 29–30.

<sup>119</sup> National Emergency Nurses Association 2018, 7-8.

Notaufnahmearbeitungen wird im internationalen Bereich häufig mindestens eine hochschulische Qualifikation, auch in Form eines „Advanced Nurse Practitioner“ (ANP)-Grades, vorausgesetzt.<sup>120</sup> Für die zugehörige europäische Interessenvereinigung „The European Society for Emergency Nursing“ (EUSEN) besteht die Mindestqualifikation für eine Pflegekraft in Notaufnahmen in „[...] an academic qualification (Diploma or preferably a Bachelor Degree) with substantial experience in the Emergency Department setting and who is able to demonstrate clinical performance to a set of standards.“<sup>121</sup> Die Aufgabenbereiche dieser akademisierten Pflegekräfte sind vielfältig und können bis hin zur substitutiven Diagnostik und Therapie reichen.<sup>122</sup> In Deutschland ist dies, trotz tlw. differenter Auslegungen<sup>123</sup>, dem Arzt vorbehalten, da sie hoheitlich einer Approbation bedürfen und juristisch der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten entsprechen. Die international etablierten Kompetenzbeschreibungen<sup>124, 125, 126</sup>, Tätigkeitskataloge<sup>127, 128</sup> und Verantwortungsbereiche<sup>129</sup>, können aufgrund fehlender Rechtssicherheit einerseits nicht vorbehaltlos auf die Beschreibung und Überprüfung von Kompetenz im Verständnis des deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) übertragen werden. Andererseits gibt es Beispiele, z. B. beim Schmerzerleben (vgl. S 35 f.), wo eine entsprechende Sicherstellung von frühzeitigen Maßnahmen eng mit der Patientenzufriedenheit und guter Behandlungsqualität assoziiert ist. Hier können, adaptiert an internationale Modelle, Qualifizierungsmaßnahmen die Prozesse in der Notaufnahme kompetent unterstützen, wenn diese Rechtssicherheit gewährleistet ist. Für die angestrebte Konzeption der praktischen Abschlussprüfung ist dies insofern von Relevanz, da es hinsichtlich des besonderen Handlungsfeldes auch um eine inhaltliche Akzeptanz und Realitätsnähe der zu prüfenden Items geht, ohne dass diese aktuell konzertiert und normativ festgelegt sind. Das abzuprüfende Spektrum sollte somit nicht der Prämisse des „denkbar Möglichen“ folgen, sondern muss den Gegebenheiten des Handlungsfeldes, auch unter juristischen Aspekten, entsprechen. Diese sind vor dem Hintergrund der Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit bei Prüfungsinhalten jeweils zu prüfen und individuell zu begründen. Die optimale Patientenversorgung läuft in der Lebenswelt Gefahr, mit rechtlicher und persönlicher Absicherung bei gleichzeitigem Wunsch der Gewährung von Hilfe durch die wahrnehmbare Erweiterung formaler Qualifikationen zu konkurrieren. Festzustellen bleibt somit, dass international bestehende Tätigkeiten und Beschreibungen von Aufgaben durch zugeordnete Kompetenzen für Pflegenden nicht kongruent und rechtssicher auf das deutsche Handlungsfeld übertragbar sind.

---

<sup>120</sup> vgl. Hahn 2013, S. 5–6.

<sup>121</sup> EuSEN board 2017, S. 2.

<sup>122</sup> vgl. Osterbrink J. et al. 2017.

<sup>123</sup> vgl. Gerst 2015, S. 402–403.

<sup>124</sup> vgl. EuSEN board 2017, S. 4–5.

<sup>125</sup> vgl. National Emergency Nurses Association 2018.

<sup>126</sup> vgl. The Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) 2015.

<sup>127</sup> vgl. Australian Nursing and Midwifery Council of Australia (ANMC) 2013.

<sup>128</sup> vgl. Mitchell 2019, S. 3–25.

<sup>129</sup> Canadian Nurses Association 2012, S. 4–6.

### Kompetenz in der Notfallpflege

Weiterer prüfungsrelevanter Bezug besteht in Teilaspekten der Kompetenzorientierung im DQR und der zugehörigen Niveaustufen. So wird z. B. mit der in den meisten Bundesländern durchgeführten DKG – Empfehlung<sup>130</sup> zur Weiterbildung Notfallpflege das Erreichen des Bildungsniveaus sechs angestrebt.<sup>131</sup> Das entspricht zwar einerseits dem akademischen Grad des Bachelors<sup>132</sup>, ist jedoch, wie zuvor beschrieben, nicht automatisch mit Verantwortung, neuen Tätigkeiten oder Aufgabenbereichen verbunden. Die Fachweiterbildung Notfallpflege verfolgt dessen ungeachtet das Ziel, die pflegerischen Mitarbeiter in Notaufnahmeabteilungen mit der dort nötigen Kompetenz zu qualifizieren, um ein professionelles Handeln in diesem speziellen Bereich zu gewährleisten. Bundeseinheitliche und verbindliche Vorgaben, vor dem Hintergrund von Qualität und Vergleichbarkeit, werden seit Jahren gefordert (vgl. S. 25), sind jedoch aus vielfältigen Gründen bis heute nicht vorhanden.

	Abschlussprüfungen		
	praktisch	mündlich	schriftlich
Berlin	kann	ja	ja
Bremen	nein	ja	ja
DKG	ja	ja	nein

Tabelle 1: Übersicht Abschlussprüfungen; eig. Darstellung.

Die einzelnen Module, deren Bezeichnungen, ihre Anzahl, die zugehörigen Lerninhalte und die Anzahl und Gestaltung der Prüfungen, besonders der Abschlussprüfungen differieren (vgl. Tab. 2). Diese sollen letztlich abbilden, dass eine Qualifikation durch überprüfte Handlungskompetenz erfolgt ist. Neben den Fachweiterbildungen in Bremen und Berlin ist zeitnah mit dem G-BA – Beschluss auch eine Empfehlung zur Weiterbildung durch die DKG veröffentlicht worden. Die dort getroffenen Empfehlungen verstehen sich als bundesland-übergreifende Umsetzungsempfehlungen und Kriterien, z. B. durch definierte Anerkennungsverfahren der Weiterbildungsstätten zur Durchführung von Weiterbildungen. Sie werden seitens der DKG, bei fehlender landesrechtlicher Verordnung, als inhaltlich verbindlich betrachtet und sind als Grundlage für landesrechtliche Verordnungen zu nutzen.<sup>133</sup> In der zugehörigen Verklausulierung sollen die Teilnehmenden *„Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen“*<sup>134</sup> erwerben. Die zugehörige Anforderungsstruktur ist dabei durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet. In den zugehörigen Kompetenzbeschreibungen werden Aspekte mit argumentativem Charakter, einerseits für die Notwendigkeit zur Durchführung praktischer Prüfungen, andererseits jedoch auch zu inhaltlichen Orientierungen zur Notfallversorgung, unter Einbeziehen der bisherigen Erkenntnisse aus dem ökologisch -

<sup>130</sup> vgl. Machner et al. 2020, S. 2.

<sup>131</sup> vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2016, S. 5.

<sup>132</sup> vgl. Kultusministerkonferenz 2017, S. 1.

<sup>133</sup> vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019b, S. 3.

<sup>134</sup> Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2016, S. 5.

systemischem Ansatz ermöglicht. Den Merkmalen der Mikro- wie Mesebene können die handlungsorientierten Formulierungen des DQR zugeordnet werden:

- „Methoden zur Bearbeitung komplexer Probleme [...]“
- „Selbstständigkeit“/„Arbeitsprozesse eigenständig [...] gestalten“
- „In Expertenteams verantwortlich arbeiten [...]“<sup>135</sup>

Diese lassen sich in einen Kontext mit situativ-sozialem Beziehungshandeln, molaren Tätigkeiten, Interaktionspartnern und Netzwerken setzen. Inhaltliche Formulierungen sind tlw. kongruent zu Merkmalen in den Weiterbildungsverordnungen zu finden. Die DKG definiert die Kompetenzorientierungen im § 2 als Weiterbildungsziele wie folgt:

- „[...] befähigt Teilnehmende, Patienten entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zu pflegen.“
- „[...] komplexen beruflichen Situationen mit individuellem Handeln, indem fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen vertieft und erweitert werden.“<sup>136</sup>

Sie verweist weiter explizit auf einen Entwicklungsprozess, indem sie diesen „Inhalte zur Kompetenzentwicklung“<sup>137</sup> in den einzelnen Modulen zuweist. Nach Lesart des Autors legitimiert dies den ökologisch-systemischen Ansatz nach BRONFENBRENNER zur Konkretisierung erwartbarer Entwicklungserscheinungen zum Ende der Weiterbildung Notfallpflege. Der landesrechtliche Kompetenzbezug in Bremen wird im § 2 als das Ziel für alle pflegerischen Weiterbildungen wie folgt definiert:

*„[...] Vermittlung spezieller Kenntnisse und Fertigkeiten für ausgewiesene Tätigkeitsfelder besonders befähigen [...] die hierfür erforderlichen Verhaltensweisen und Einstellungen vermitteln. [...] erlernen, ihre Pflegetätigkeit auch auf Grund anerkannter wissenschaftlicher Erkenntnisse zu entwickeln und zu überprüfen.“<sup>138</sup>*

Der explizite Kompetenzgewinn für die Zusatzqualifikation „Fachpfleger für Notfallpflege“ oder „Fachpflegerin für Notfallpflege“ erfolgt dann in den einzelnen Fachmodulen, die in der Anlage 11 ausgeführt werden. Exemplarisch sei auszugsweise auf das „Fachmodul 2: Grundlagen der Versorgung und Überwachung kritisch kranker Menschen“ verwiesen. An diesem kann eine Verzahnung zum situativ - sozialen Beziehungshandeln nachvollzogen werden:

- „[...] kooperieren in interdisziplinären Arbeitssituationen [...]“
- „[...] leisten ihren Beitrag zum effektiven Informationsfluss [...]“
- „In [...] Notfallsituationen reagieren die Teilnehmenden besonnen und strukturiert. Sie handeln nach geltenden Ablaufrichtlinien.“<sup>139</sup>

In der landesrechtlichen Verordnung Berlins erfolgt ebenfalls die Kompetenzausrichtung. Im § 2 wird das Ziel der Weiterbildung folgendermaßen beschrieben:

*„[...] soll die erforderlichen fachlichen, personalen, kommunikativen und methodischen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen vermitteln, um die speziellen pflegerischen Aufgaben in der Notaufnahme [...] umfassend zu erfüllen.“<sup>140</sup>*

---

<sup>135</sup> Bundesministerium für Bildung und Forschung.

<sup>136</sup> Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019c, S. 4.

<sup>137</sup> ebd.

<sup>138</sup> Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, S. 16.

<sup>139</sup> ebd. S. 68

<sup>140</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 1.

Hierbei wird explizit auf die berufliche Handlungskompetenz eingegangen.<sup>141</sup> Auch in dieser Verordnung wird situativ-soziales Beziehungshandeln ersichtlich. So sollen die „Pflegefachkräfte [...] Kompetenzen erlangen, um zeitkritische Entscheidungen situationsgerecht zu treffen, die Rahmenbedingungen in ihr Handeln einzubeziehen [...]“.<sup>142</sup> Diese werden in acht Weiterbildungszielen konkreter ausgeführt.<sup>143</sup>

Neben den öffentlich-rechtlichen Gestaltungen einer Fachweiterbildung Notfallpflege in den beiden Bundesländern Berlin und Bremen gibt es ebenso seit vielen Jahren bereits Bestrebungen einzelner Fachgesellschaften, die jedoch in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Ebenfalls wird die zukünftige Umsetzung und Gestaltung der Weiterbildungsverordnungen der einzelnen Landespflegekammern (LPK) einen weiteren Beitrag zur Kompetenzentwicklung der Notfallpflegekräfte leisten.

### **Kompetenzverständnis**

Der Autor geht auf Grundlage der Verordnungen in Berlin und Bremen sowie der DKG vom Erwerb der dargestellten Kompetenzbezüge als gewährleisteter, logischer und strukturierter Prozess, dem eine entsprechende Planung sowie ein konzertiertes Kompetenzverständnis zugrunde liegen, aus. Diese lassen einen Rückschluss auf die Qualität und Güte von kompetenzorientierten Prüfungen zu, die in den jeweiligen Verordnungen modular verortet sind. Für den letztlich erfolgreichen Kompetenzerwerb ist dabei entscheidend, dass nicht alleine das sichtbare/objektivierbare Bestehen der Prüfung wichtig ist, sondern im Rahmen von Qualität besonders die dazugehörigen Zusammenhänge von Lernweg, Lernaktivitäten und Lernzielen. Letztere stellen Transparenz in Form von Orientierungsmarkern zur Selbststeuerung des Lernprozesses dar, was wiederum als ein Kernelement von Kompetenz gilt.<sup>144</sup> Durch die bestehende Heterogenität der Weiterbildungen und die jeweilige differente Umsetzung, können eine standardisierte und damit vergleichbare Orientierung an den vorgestellten Aspekten nicht umfänglich nachvollzogen werden. Die regulierte und kriteriengeleitete Zulassung zur Abschlussprüfung setzt jedoch das Erreichen dieser Kompetenzen in ihrem jeweiligen Verständnis wiederum voraus.<sup>145, 146</sup> Unabhängig der anbieterseitig, curricularen Gestaltung des Entwicklungsprozesses zur Notfallpflege, ist ein Kompetenzerwerb verbunden, der in unterschiedlichen Teilaspekten überprüft wird. Im definierten Prüfungsverständnis ist damit auch ein rahmendes Kompetenzverständnis festzulegen (s. S. 20). Dies kann durch Berücksichtigen der Erkenntnisse zur Entwicklung und deren erwartbaren Erscheinungen im situativ-sozialen Beziehungshandeln gelingen. Auch die in dieser Arbeit sinnführende Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklungen durch das

---

<sup>141</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 11.

<sup>142</sup> ebd.

<sup>143</sup> vgl. ebd. S. 1

<sup>144</sup> vgl. Schaper 2012, S. 12-24.

<sup>145</sup> vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 3.

<sup>146</sup> vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019c, S. 13.

neue Pflegeberufegesetz (PflBG), kann für ein Kompetenzverständnis verschränkt werden. So stellt die Fachkommission für die Rahmenlehrpläne fest:

*„Kompetenz wird verstanden als die Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln [...]. Kompetenz ist als Handlungsvoraussetzung des Einzelnen anzusehen, die nicht unmittelbar beobachtet werden kann, sich jedoch mittelbar im Handeln selbst zeigt. Das beobachtbare Handeln wird auch als Performanz bezeichnet. [...]“<sup>147</sup>*

Die beschriebenen Aspekte zur Kompetenz können aus den Ergebnissen der internationalen Literatur und den Ordnungsmitteln zusammengeführt werden. Das Kompetenzverständnis des situativ - sozialen Beziehungshandelns in der Notfallsituation durch die Notfallpflege kennzeichnet sich durch:<sup>148</sup>

- Sicherheit in Anforderungssituationen mit breitem Leistungsspektrum
- deutlichen Subjekt- und Situationsbezug
- die Disposition einer Person, selbstorganisiert zu handeln
- die Disposition zur Bewältigung komplexer Handlungssituationen in verschiedenen Kontexten
- Rückgriff auf bereits vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Sichtbarkeit in der Performanz

Diese zentralen Definitionscharakteristika<sup>149</sup> sind damit legitimierend bei der Auswahl und Darstellung der zu berücksichtigenden Einflüsse und Beziehungen auf die erwartbaren Entwicklungserscheinungen. Sie sind Fundament für ein sicheres, situativ-soziales Beziehungshandeln in der komplexen, meist durch Stressreaktionen zusätzlich beeinflussten<sup>150</sup>, Notfallsituation und bieten den Orientierungsrahmen zur Prüfungskonzeption (vgl. Tab. 2-4, S. 82-84).

### **Notfallversorgung im Spannungsfeld zwischen Recht und Ökonomie**

Zu einer optimalen Versorgung eines Notfalles zählen die jeweiligen gesundheitsfachlichen Expertisen des behandelnden Teams und die benötigten und vorzuhaltenden räumlichen, personellen und apparativen Ressourcen der jeweiligen Versorgungssektoren. Die zu erbringenden Leistungen sind in vielen Fällen auf Ressourcen anderer Bereiche angewiesen oder stehen in wechselseitigen Abhängigkeiten, z. B. bei Laboruntersuchungen oder konsiliarischen Tätigkeiten. Die Vergütungsstrukturen und die Haftungsrisiken auf sektoraler, institutioneller und personeller Ebene, sind von hoher Relevanz für die Effizienz und Sicherheit der Notfallversorgung. *„Auf der einen Seite werden die Leistungen nicht vergütet, auf der anderen Seite drohen Haftungsverfahren, wenn die zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten im Einzelfall nicht vollständig ausgeschöpft werden.“<sup>151</sup>* Die hier vorgenommene Fokussierung auf die innerklinischen Strukturen und Prozesse von Notaufnahmeabteilungen, sind, hinsichtlich

---

<sup>147</sup> vgl. Böcker 2019, S. 10.

<sup>148</sup> in Anlehnung an: Schaper und Hilkenmeier 2013, S. 13–15.

<sup>149</sup> vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, Kap. 2.1.

<sup>150</sup> Vetter et al. 2015, S. 298.

<sup>151</sup> Eiff et al. 2016, S. 453.

der angestrebt hohen Versorgungsqualität, nicht losgelöst von vorgeordneten Sektoren, wie z. B. dem Rettungsdienst, als auch nachgeordneter, wie den innerklinischen Fach- und Funktionsbereichen möglich.<sup>152</sup> In Verbindung mit der Heterogenität des jeweiligen Notfalles, ergeben sich das etablierte Verständnis einer Notaufnahmeabteilung als Schnittstelle<sup>153</sup> zwischen den prä- und innerklinischen Bereichen und ihre Wahrnehmung als risikobehafteter Funktionsbereich<sup>154</sup>. Die Relevanz zur Sicherstellung der Versorgungsqualität für alle verantwortlichen Akteure und Entscheider und die rechtliche Brisanz, sowohl hinsichtlich der Patienten-, der Mitarbeiter- und der Organisationssicherheit, haben letztlich auch zu neuen Gesetzen und Gesetzgebungsverfahren geführt. Die im Rahmen des KHSG zu entwickelnden Qualitätsindikatoren für Notaufnahmeabteilungen<sup>155</sup> sollen die geleistete Versorgungsqualität durch Güteindikatoren objektivierbar und damit messbar machen. Es ist bisher nicht eindeutig zu beantworten, inwieweit die beruflichen Zusatzqualifikationen durch Fort- und Weiterbildungen aktuell als Indikatoren für Qualität gelten können. Im Hintergrund stehen, neben der Gewährleistung von Versorgungsqualität, auch ökonomische Defizite<sup>156, 157</sup>, die durch eine fehlende oder unzureichende Abbildung der Notfall- und Akutversorgung in den bestehenden Vergütungssystemen begründet sind.<sup>158</sup> Mit Einführung der Fallpauschalen im Jahre 2002 ist ein finanzieller Druck auf die „Organisation Krankenhaus“ und damit auch die Notaufnahmeabteilungen entstanden.<sup>159</sup> Den damit einhergehenden Anforderungen an wirtschaftliche Effizienz kann nur durch Verbesserungen hinsichtlich der Produktivität und Optimierung von Abläufen und Prozessen begegnet werden. Die angestrebten Veränderungen sind häufig initiiert durch ökonomische Aspekte<sup>160</sup>, die durch die Gestaltung der Vergütungsstrukturen nur bei Vorliegen von objektivierbaren Kriterien monetär abgebildet werden können. Die parallel zu verzeichnenden Weiterentwicklungen im medizinischen Bereich, führen zu vermehrten Spezialisierungen und zunehmenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Der Anspruch der Betroffenen auf eine an der aktuellen Evidenz ausgerichteten Therapie, wird durch das Berücksichtigen und Ergreifen der möglichen Maßnahmen und Interventionen nach fachärztlichem Standard sichergestellt. Das Zusammenspiel dieser Faktoren führt zu deutlichen Kostensteigerungen bei gleichzeitig verstärkter Inanspruchnahme<sup>161</sup> der Notfall- und Akutversorgung.<sup>162</sup> Eine entsprechende Ausrichtung der Beschreibung des Handlungsfeldes auch an Geschäftsprozessen, wird damit legitim (vgl. Teil zwei).

---

<sup>152</sup> vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 563.

<sup>153</sup> vgl. Niehues 2012, S. 141 ff.

<sup>154</sup> vgl. Wedler et al. 2018, S. 309.

<sup>155</sup> vgl. Bundesministerium für Gesundheit 10.12.2015, S. 21.

<sup>156</sup> vgl. Meier et al. 2016, S. 33.

<sup>157</sup> vgl. Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T 2015, S. 5.

<sup>158</sup> vgl. Riessen et al. 2014, S. 9–10.

<sup>159</sup> vgl. Blum et al. 2017, S. 19.

<sup>160</sup> vgl. Riessen et al. 2020, S. 59.

<sup>161</sup> vgl. Gries et al. 2017, S. 309.

<sup>162</sup> vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 339.

Insgesamt gehen die benannten Veränderungen mit sich verändernden Anforderungen, umfassenderen Aufgaben- und erweiterten Verantwortungsbereichen einher. Dies gilt es zu berücksichtigen und die Akteure, bereits im Rahmen der grundständigen, beruflichen Ausbildung, dahingehend vorzubereiten und zu qualifizieren. Im Rahmen der Notfallversorgung ist dies eine besondere Aufgabe und eine sichere Erreichbarkeit der dazu notwendigen Handlungskompetenz durch die grundständigen Qualifizierungen allein, wird kritisch betrachtet und als unzureichend angesehen.<sup>163</sup> Diese Überlegungen münden in die, im Grundsatz konzertierten<sup>164</sup>, speziellen Bildungsangebote<sup>165</sup> für die Notfallversorgung. Eine planbare Versorgung von Notfällen ist nicht möglich. Sie sind charakterisiert als plötzlich, dynamisch und als ein insgesamt sehr heterogenes Geschehen, welches als unterschiedlich zeitkritisch und dringend wahrgenommen wird.<sup>166</sup> Dies meint ebenso die subjektive Deutung des betroffenen Patienten. Letztlich bestimmt dieser, was ein Notfall ist<sup>167</sup> und welche Strukturen er in Anspruch nimmt.<sup>168</sup> Eine überwiegend medizinische Definition von Notfall, im gesundheitsfachlichen Verständnis häufig noch immer assoziiert mit „akuter Lebensgefahr“, ist heute nicht mehr als ausreichend anzusehen. Dies ist besonders für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter<sup>169</sup> in Notaufnahmeabteilungen von Relevanz, da diese im Rahmen des Erstkontaktes<sup>170</sup> mit den mit der Notfallsituation verbundenen Herausforderungen, z. B. Stress, Zeit- und Handlungsdruck<sup>171</sup> und Ausprägungen der objektiven und subjektiven Behandlungsanlässe, primär konfrontiert sind. In hohem Maße sind sie für die korrekte Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit und die Zuordnung in die weiteren Behandlungsschritte verantwortlich<sup>172</sup>, was letztlich auch haftungsrechtliche Risiken bergen kann. Dies wird im folgenden Kapitel näher dargestellt.

### ***Aspekte der Rechtsbeziehung in der Notfall- und Akutversorgung***

Der Anspruch auf eine professionelle Versorgung von akut erkrankten Menschen in einer Notfallsituation ist durch Gesetze garantiert.<sup>173</sup> Sie stellt jedoch für die Leistungsträger und die Leistungserbringer aufgrund der nicht planbaren Ereignisse hinsichtlich ihrer

---

<sup>163</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. 2014, S. 3.

<sup>164</sup> vgl. Gries et al. 2018, S. 899.

<sup>165</sup> vgl. Bundesärztekammer 2018, S. 379.

<sup>166</sup> vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 549.

<sup>167</sup> vgl. Dormann et al. 2017, S. 295.

<sup>168</sup> vgl. Hossfeld et al. 2019, S. 259.

<sup>169</sup> Der Autor schließt sich an dieser Stelle ausdrücklich dem interdisziplinären und multiprofessionellen Teamgedanken als zugrunde liegend für die Güte der Versorgungsqualität an. Die Wahl des Begriffes „nicht-ärztliche“ Mitarbeiter wird an dieser Stelle dennoch bewusst getroffen, da hier Bezug auf das Spannungsfeld von Handlungsfähigkeit bei fehlender Rechtssicherheit durch Substitution heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte genommen wird (s. S. 39). Auf vertiefende Literatur zu Delegation und Substitution wird verwiesen. Der Autor legt sich hierbei – unabhängig bestehender Potentiale und Diskussionen – auf eine Perspektive fest. So sind im Versorgungsprozess eines Notfalles insbesondere die Diagnostik und die Therapie Interventionen, die in der Rechtsprechung als heilkundliche Tätigkeiten und damit höchstpersönliche Leistungen eines Arztes, aufgefasst werden. Damit ist an dieser Stelle kontextuell eine Trennschärfe zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen notwendig.

<sup>170</sup> vgl. Dormann und Christ 2019, S. 377.

<sup>171</sup> vgl. St. Pierre und Hofinger 2020, S. 17.

<sup>172</sup> vgl. Klinger und Dormann 2019, S. 592.

<sup>173</sup> vgl. § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V; § 123 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Häufigkeit und jeweilig unterschiedlichen Ressourcenbedarfe eine nicht umfänglich objektivierbare Größe dar.<sup>174</sup> Neben dem im SGB V verankerten Inhalt und Umfang der notdienstlichen Versorgung für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, sind die in jüngerer Zeit erlassenen Gesetze für diesen Bereich von zunehmend hoher Relevanz. Als maßgebliches Organ hat der G-BA 2018 Anforderungen an die Notfallversorgung und die damit einhergehende Vergütung für Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, reguliert.<sup>175</sup> Durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind diese mittlerweile in Form einer institutionellen Zuordnung zu den einzelnen Versorgungstufen veröffentlicht.<sup>176</sup> Die Beachtung der festgelegten Kriterien und deren Umsetzung führt zur Finanzierung und Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen. Die Notfallversorgung ist hier besonders gefordert, da Vorhaltekapazitäten einer adäquaten Finanzierung bedürfen, auch wenn sie nicht immer genutzt werden.<sup>177</sup> Die qualitative Notfallversorgung muss an sieben Tagen die Woche und 24 Stunden am Tag gewährleistet sein, kann jedoch nur retrospektiv betrachtet werden und führt(e) zu finanziellen Defiziten und Fehlanreizen.<sup>178</sup> So *"[...] sollen Krankenhäuser, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, [...] besser gestellt werden als Häuser, die das nur in einem geringen Umfang oder gar nicht machen."*<sup>179</sup> Es liegt damit eine unterschiedliche Wahrnehmung in der Gewichtung und den perspektivischen Interessen der zuständigen Leistungsträger und der Leistungserbringer vor. Dies ist übertragbar auf die qualitative und rechtssichere Handlungsfähigkeit der einzelnen Teammitglieder in Bezug auf Interventionen, im Kontext von Notwendigkeit und Bedarf in der jeweiligen Versorgungssituation.<sup>180</sup> So müssen, neben standardisierten Routinetätigkeiten, meist eine Vielzahl weiterer Faktoren berücksichtigt werden. Die Etablierung der institutionellen Strukturen unterliegt dem steten Interessenabgleich, einer nachzuvollziehenden Dynamik sowie kontinuierlicher Korrekturen und Modifikationen, insbesondere durch makropolitische Entscheidungen.<sup>181</sup> Dies ist für die unterschiedlichen Akteure<sup>182</sup> und deren Qualifikationen<sup>183</sup> von enormer Relevanz. Die Vergütungsaspekte der verschiedenen Disziplinen, deren Vorhaltung und Verfügbarkeit bei bestehendem Personal- und Fachkräftemangel<sup>184</sup> und deren quantitative Präsenz, sind mit dem Verständnis der Versorgungsqualität und dem „Outcome“<sup>185</sup> vielfältig assoziiert.<sup>186, 187</sup>

---

<sup>174</sup> vgl. Riessen et al. 2014, S. 5.

<sup>175</sup> vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2020b, S. 5.

<sup>176</sup> vgl. GKV Spitzenverband 2020, S. 4.

<sup>177</sup> vgl. Riessen et al. 2020, S. 60.

<sup>178</sup> vgl. Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen 2015.

<sup>179</sup> vgl. Bundesministerium für Gesundheit 10.12.2015a.

<sup>180</sup> vgl. § 39 Abs. 1 SGB V

<sup>181</sup> vgl. Riessen et al. 2020, S. 59.

<sup>182</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 556.

<sup>183</sup> vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2020b, S. 7.

<sup>184</sup> vgl. Behringer et al. 2019, S. 331.

<sup>185</sup> vgl. West E. et al. 2014, S. 789.

<sup>186</sup> vgl. Riessen et al. 2020, S. 60.

<sup>187</sup> vgl. Deutscher Bundestag 11.12.2018.

Für die inhaltliche Gestaltung einer praktischen Abschlussprüfung sind die rechtlich relevanten Aspekte zwischen, bereits im Rahmen der grundständigen Ausbildung<sup>188</sup> vermittelten, Schnittstellen zur Notfall- und Akutversorgung unter den Vorhaltekapazitäten beruflicher Qualifikationen zu inkludieren. Dies meint das Spannungsfeld der zunehmend geforderten Substitution<sup>189</sup> und der juristisch nicht eindeutig sicheren, präventiven Delegation von heilkundlichen Maßnahmen. Dies soll am Beispiel eines der häufigsten Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahmeabteilung, dem Leitsymptom „Schmerzen“, verdeutlicht werden:

Literaturabhängig sind bei 60 – 80 % der Patienten Schmerzen<sup>190</sup>, meist in Kombination mit dem beeinflussenden Faktor „Angst“<sup>191</sup>, die häufigsten Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahmeabteilung. Beides sind Faktoren, die allgemein anerkannt subjektive Wahrnehmungen des Einzelnen darstellen und dementsprechend in ihrer objektivierbaren Ausprägung stark differieren können. Der Anspruch auf eine adäquate und schnelle Linderung durch eine medikamentöse Therapie der Schmerzen in einer Notaufnahme ist bis heute nicht sicher gewährleistet.<sup>192</sup> Dank der zunehmenden, deutschlandweiten Einführung von Ersteinschätzungssystemen in Notaufnahmen ist eine erste Kontaktaufnahme mit den Patienten zwar frühzeitig nach Eintreffen zu realisieren, eine Therapie des Schmerzleidens jedoch häufig nicht zeitnah umsetzbar. Dies liegt teilweise darin begründet, dass durch das seitens des G-BA geforderte System der Ersteinschätzung eine sofortige Verfügbarkeit der Ärzte, hier als Verantwortende der erstmaligen Applikation von Analgetika, nicht unbedingt gegeben ist. Der rechtliche Aspekt besteht im Anrecht der Schmerzleidenden auf eine adäquate und zeitnahe Analgesie und Anxiolyse.<sup>193, 194</sup> Wegen zunehmend hoher Arbeitsverdichtung sind viele der nicht-medikamentösen analgetischen Möglichkeiten in einer Notaufnahmeabteilung gleichzeitig nicht konsequent zu realisieren. Eine Beachtung dieses Spannungsfeldes zwischen der Delegations- und Substitutionsproblematik kann dabei zwar aus theoretischer Sicht umgesetzt werden. Die Regularien der Heilkundeübertragungsverordnung<sup>195</sup> und die bestehende pflegerische Evidenz (z. B. durch Expertenstandards<sup>196</sup>) können den Aspekten von „Eigenverantwortlichkeit“ und

---

<sup>188</sup> Aufgrund der getroffenen Zugangsvoraussetzungen zur Fachweiterbildung Notfallpflege ist das neue Pflegeberufegesetz (PflBG) an dieser Stelle aktuell zu dieser Argumentation noch nicht unterstützend, zukünftig jedoch zu berücksichtigen. Die im Krankenpflegegesetz getroffene Zielsetzung (vgl. KrPflG, § 3, Abs. 2), neben eigenverantwortlicher Erhebung des Pflegebedarfes auch interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und berufsübergreifende Lösungen zu entwickeln, kann im Verständnis der Fachweiterbildung für Notaufnahmeabteilungen als Entwicklungsprozess hier argumentativ unterstützend herangezogen und als unzureichend für das Handlungsfeld verstanden werden. So ist z. B. die „[...] Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes [...]“ im heterogenen Handlungsfeld unter anderen/erweiterten pädagogischen Perspektiven zu unterrichten.

<sup>189</sup> vgl. Dormann et al. 2017, S. 298.

<sup>190</sup> vgl. Ciejka et al. 2016, S. 761.

<sup>191</sup> Shipton 2011, S. 827.

<sup>192</sup> vgl. Kumle et al. 2013, 902.

<sup>193</sup> vgl. Ulsenheimer 1997, S. 139.

<sup>194</sup> vgl. Erlenwein et al. 2019, S. 317.

<sup>195</sup> vgl. §63c SGB V

<sup>196</sup> vgl. Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP)

„Selbstständigkeit“ im Rahmen von beruflichen Zusatzqualifikationen<sup>197</sup> entsprechen und somit der charakteristischen Professionalisierung der Notfallpflege Rechnung tragen. Dies findet in Ermangelung von Modellvorhaben im praktischen Alltag bisher jedoch kaum Berücksichtigung. Eine Nichtbeachtung der geschilderten, optimalen Analgesie beim Leitsymptom Schmerz zieht in vielfältiger Weise Konsequenzen mit sich und kann mit strafrechtlicher Relevanz einhergehen.<sup>198</sup> Für die Konzeptionierung der Abschlussprüfung ergeben sich anhand der dargestellten Aspekte damit weitere Kriterien, die inhaltlich Berücksichtigung finden müssen. Hierbei geht es um stete (haftungs-)rechtliche Bezüge und Problemstellungen um diese zu gewährleisten.

Im weiteren Kontext der angestrebten Realitätsnähe simulativer Prüfungen können durch die Abbildung und Implementierung von „Häufigkeit im Auftreten“, z. B. von Symptomen mit subjektiven Komponenten wie Angst oder Schmerzen, damit neben typischen Leitsymptomen und Krankheitsbildern auch gleichzeitig Stressoren<sup>199</sup> erkannt werden. Deren vielfältige Ursachen untermauern den Anspruch auf Komplexität und auf das Element der Konfrontation mit Stress/Stressoren im Rahmen einer praktischen Umsetzung. Dies wiederum wirft weitere Problemfelder auf. So erscheint z. B. die Zumutbarkeit eines Notfalles als Prüfungssituation mit den belastenden Faktoren, gemeint ist hier die anzunehmende Ausnahmesituation für einen realen Patienten, unter anderem ethisch nicht geeignet. Dennoch entspricht das individuell reflexiv zu bewertende und adäquate Management einer solchen Situation der Alltagspraxis von Pflegekräften. Eine standardisierte Prüfung, die die Implementierung solch zugehöriger Stressoren ermöglicht, kann, im Rahmen des sicher Vertretbaren, nur im simulativen Kontext erfolgen. Andererseits stellt sich die Frage, inwieweit Aspekte wie Beziehungs- und Vertrauensaufbau in der Simulation überhaupt abgebildet werden können. Die Performanz<sup>200</sup> bei Auseinandersetzungen mit typischen Konfrontationen im Spannungsfeld zwischen dem situativ „medizinisch Gebotenen“ und dem juristisch möglichen „Umsetzen durch pflegerisches Handeln“, als konkurrierende Aspekte des „Könnens“ und des „Dürfens“, sind damit als prüfungsrelevant identifiziert. Dies kann durch eine geschützte Prüfungsumgebung sichergestellt werden. Sie zukünftig dann formal-juristisch in das Handlungsfeld zu übertragen und die Notfallpflege mit zugehörigen Kompetenzen zu etablieren, kann dabei eine mittel- bis langfristige Zielsetzung sein. Die Konzeption einer kompetenzorientierten Prüfung als Konstruktionsmuster kann zur Definition eindeutiger Aufgaben und Zuständigkeiten des zukünftigen Berufsbildes der Notfallpflege dienen. Das professionseigene Verständnis der Pflegenden ist dahingehend zu beachten, dass sie einerseits nicht „Arzt-ersetzend“ tätig sein sollen, andererseits ein optimaler Behandlungsprozess im Mittelpunkt für alle Beteiligten und den Betroffenen steht und dortige Handlungen als bedeutend und

---

<sup>197</sup> vgl. Erlenwein et al. 2019, S. 321.

<sup>198</sup> vgl. Ulsenheimer 1997, 140-141.

<sup>199</sup> vgl. Flowerdew et al. 2012, 3.

<sup>200</sup> vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, Kap. 2.1.

absichtsvoll wahrgenommen werden. Durch abgestimmte und vergleichbare, berufliche Qualifikationen kann umso mehr auch Trennschärfe zu notwendiger und sinnhafter Delegation, bis hin zu der eigenverantwortlichen Durchführung von Interventionen geschaffen werden.<sup>201</sup>

### ***Heterogenität in der Notaufnahmeabteilung***

Die verschiedenen Akteure und die, für eine umfassende professionelle Versorgung erforderlichen Disziplinen<sup>202</sup> und ihre Qualifikationen, müssen darüber hinaus auch in Bezug zu dem, bis heute sehr heterogenen, Handlungsfeld der Notaufnahmeabteilungen gesetzt werden. Die konkrete Gestaltung der Strukturen und Prozesse einer innerklinischen Notfallversorgung obliegt den einzelnen Trägern und leitenden Personen der jeweiligen Institutionen, wobei eine zunehmend strukturelle Etablierung des nun auch im G-BA gefassten Begriffes der sog. „zentralen Notaufnahmen“ zu verzeichnen ist.<sup>203</sup> Hierunter fallen die institutionseigenen, architektonischen Begebenheiten und die personellen wie apparativen (Vorhalte-)Kapazitäten. Die in den einzelnen Kliniken bestehenden, unterschiedlichen Organisationsformen mit ihren teilweise erheblich differenten Strukturen, uneinheitlichen Prozessen und Verantwortlichkeiten<sup>204</sup>, verdeutlichen die Heterogenität des „Handlungsfeldes Notaufnahmeabteilung“. Dem muss letztlich auch im Rahmen einer Abschlussprüfung Rechnung getragen werden. Für ihre Konzeptionierung ist es wesentlich, bestehende Strukturen und Prozesse in vergleichbare und möglichst einheitliche Anforderungen zu überführen. Dies ist vor dem Hintergrund zukünftiger institutioneller wie personeller Entwicklungen von Relevanz. Der berufliche Abschluss dieser Qualifizierungsmaßnahme der Fachweiterbildung soll ein professionelles und qualitativ hochwertiges pflegerisches Handeln sicherstellen. Dies gilt unabhängig der dem jeweiligen Handlungsfeld zugeordneten Versorgungsstufe und den damit einhergehenden Vorhaltungen, interventionellen Grenzen und Möglichkeiten, was letztlich auch der Mobilität des Absolventen dient. Sie stellt darüber hinaus für Personalverantwortliche ein verlässliches Merkmal hinsichtlich der erwartbaren Einsatzmöglichkeiten dar. Die Berufsbezeichnung „Notfallpflege“ kann so ein Entscheidungskriterium für einen Einstellungsprozess, ein Arbeitsverhältnis sowie die aus Qualifizierungsmaßnahmen tariflich resultierenden Vergütungsmodalitäten sein.

### ***Organisation und Struktur der Notaufnahmeabteilungen***

Neben der qualifizierten Vor-Ort-Behandlung, muss auch das Vorhandensein von innerklinischen Abteilungen für die Erstversorgung von Notfällen gewährleistet werden. Gegenwärtig können in deutschen Krankenhäusern drei im Grundsatz sehr divergente Organisationsformen bezüglich der Versorgung von Notfällen unterschieden werden: die dezentralen, die zentralen und die gemischt dezentral-zentralen

---

<sup>201</sup> vgl. § 63c SGB V

<sup>202</sup> vgl. Glien 2013, S. 139.

<sup>203</sup> vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2020a, S. 6.

<sup>204</sup> vgl. Weimer 2014, S. 143.

Notaufnahmearbeitungen.<sup>205</sup> Sie unterscheiden sich strukturell und prozessual teilweise erheblich. In dezentralen Notaufnahmen haben die jeweiligen, meist einzelnen, Fachdisziplinen (z. B. „Innere Medizin“, „Chirurgie“) eigenständige Strukturen geschaffen, um die Erstversorgung der Patienten zu gewährleisten und/oder sie stationär aufzunehmen. Diese Abteilungen sind mit Pflegepersonal, Ärzten und weiteren Gesundheitsberufen der jeweiligen Fachdisziplinen besetzt. Die Patienten werden vom Rettungsdienst, unter Inkaufnahme einer prähospital nicht immer sicher zu gewährleistender, korrekter Zuordnung zu einem Fachgebiet, in die jeweilige Notaufnahmeabteilung gebracht. Patienten, die selbst vorstellig werden, entscheiden dies meist eigenständig und damit ebenfalls nicht sicher. Spätestens beim Auftreten von mehreren Symptomen oder einer gebotenen Behandlung durch unterschiedliche Fachdisziplinen sind Verzögerungen und Risiken im Behandlungsverlauf nicht mehr auszuschließen. Hier seien beispielsweise die vielfältigen und sehr divergenten Ursachen bei Auftreten von „Bauchschmerzen“, „Kopfschmerzen“ oder auch „Luftnot“ angeführt. Durch die sog. zentralen Notaufnahmen soll es entsprechend gelingen, jedem Patienten schnellstmöglich eine gezielte und fachspezifische Behandlung zukommen zu lassen. Bereits der Aufnahmeprozess ist anders organisiert, da sowohl der eintreffende Patient als auch der Rettungsdienst eine Anlaufstelle haben. Das Personal der zentralen Notaufnahme nimmt, nach der Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit und eventueller Erst- und Stabilisierungsmaßnahmen erst in einem zweiten Schritt die Zuordnung zur fachlichen Disziplin vor. Dies ist nicht die Aufgabe des Rettungsdienstes oder des Patienten. Je nach Erforderlichkeit ist es die Aufgabe und Organisation der benötigten Fachdisziplinen, zum Patienten zu kommen oder bereits strukturell „vor Ort“ zu sein. Damit einhergehend bestehen noch unklare Zuständigkeiten mit „Verantwortungsdiffusion“ und uneinheitlichem Vorgehen. Dem wird zunehmend durch die Etablierung von interdisziplinären, zentralen Notaufnahmen (ZNA) begegnet. Bei dieser Form gibt es ebenfalls eine zentrale Anlaufstelle, jedoch keine Trennung mehr nach Fachgebieten. Die Versorgung der Patienten erfolgt durch ein interdisziplinäres Team und eine Zuordnung zu einem speziellen Fachgebiet entfällt vorerst. Hierfür sind im Idealfall eigenständige Positionen, durch z. B. ein organisatorisch nur der Notaufnahmeabteilung zugeordnetes und unabhängiges Leitungsteam, aus pflegerischem und ärztlichem Personal, geschaffen worden.

*„Eine zentrale Notaufnahme, in der die Interdisziplinarität der Notfallversorgung gewährleistet wird, birgt daneben für die Patienten mit akuten und lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen die Chance einer höheren Überlebenschancen.“<sup>206</sup>*

Die Mehrheit der heutigen zentralen Notaufnahmen<sup>207</sup> hat darüber hinaus auch ein erweitertes Leistungsspektrum. Sie bestellen Patienten zur Weiterbehandlung ein

---

<sup>205</sup> vgl. Blum et al. 2019, S. 13–16.

<sup>206</sup> Gries et al. 2010, S. 269.

<sup>207</sup> Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der bisherige Begriff „Notaufnahmeabteilung“ durch den Begriff zentrale Notaufnahmeabteilung, kurz: ZNA, ersetzt. Dies ergibt sich insbesondere aus der nun

und/oder haben eine angegliederte Aufnahmestation (NAST) mit dem Charakter einer „Intermediate Care Station“ (IMC), in denen Patienten kurzzeitig überwacht oder auch intensivmedizinisch betreut werden können<sup>208</sup>. Neben dem erweiterten Leistungsspektrum gibt es auch integrierte, weitere Ambulanzen oder Spezialabteilungen wie die „Chest-Pain-Unit“ (CPU) oder die „Stroke-Unit“ zur Behandlung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS) oder Apoplexie. Ebenso sind zukünftige Entwicklungen, wie z. B. integrierte Leitstellen, der Telenotarzt, Portalkliniken, integrierte Notfallzentren etc., sowie die damit verbundenen Anforderungen<sup>209, 210</sup> bei der Erfassung und Charakterisierung des Handlungsfeldes zu berücksichtigen.

### ***Der G-BA – Beschluss als normgebender Rahmen***

Im April 2018 wurde der G-BA-Beschluss zum gestuften System von Notfallstrukturen veröffentlicht. Aus ihm können erste Festlegungen und richtungsweisende Vereinheitlichungen zur begrifflichen wie inhaltlichen Klärung der hinterlegten Leistungen und Versorgungsstrukturen entnommen werden. So werden einerseits die verbindlichen Grundsätze zur stationären Notfallversorgung und andererseits die Zuordnung der Notfallversorgung in Bezug auf Art und Umfang der Notfallvorhaltung/-versorgung in drei Stufen vorgenommen (vgl. § 3 G-BA). Diese werden als „Basisnotfallversorgung“, „Erweiterte Notfallversorgung“ und „Umfassende Notfallversorgung“ bezeichnet. Eine Ausnahmeregelung nach § 4 für die „Spezielle Notfallversorgung“ (s. a. §§ 23–28 G-BA) ist ebenso beschrieben. Auch bei Nichtteilnahme am gestuften System sind die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall<sup>211</sup> bindend. Somit ist gewährleistet, dass jedes Krankenhaus eine Notaufnahme, auch ohne staatliche Subventionierung, vorhalten muss. Dies ist mit den rechtlichen Beziehungen zu den bereits beschriebenen Aspekten wie fachärztlichem Standard und dem Anspruch auf evidenzbasiertes Arbeiten verbunden. So kann vermutet werden, dass die notwendige Versorgungsqualität nichtteilnehmender Krankenhäuser bei einer Konfrontation mit Notfallpatienten nicht immer gleichzusetzen ist mit denjenigen, die entsprechende Fallzahlen, Vorhaltekapazitäten und damit Erfahrung und Routine aufweisen. Für diese Häuser kann aus der Evidenzorientierung nicht nur eine Verpflichtung hergeleitet werden, sondern ebenso ein Anspruch auf entsprechend konforme Umsetzung für die Mitarbeiter attestiert werden.

Die in der Basisnotfallversorgung (Stufe eins) benannten Voraussetzungen werden in den darauf aufbauenden Strukturen (Stufen zwei und drei) erweitert. Eine konkrete Beschreibung des in den Stufen vorzuhaltenden Personals ist hinsichtlich einer weiteren

---

erfolgenden Spezifizierung und der im weiteren Verlauf dargestellten inhaltlichen Orientierung an dem im G-BA verwendeten Begriff der zentralen Notaufnahme. Diese wird somit im Verständnis von Gries et al (s.o.) definiert.

<sup>208</sup> vgl. Blum et al. 2010, S. 82.

<sup>209</sup> vgl. Behringer et al. 2012, S. 393.

<sup>210</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt 2019.

<sup>211</sup> vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2018, S. 4.

Differenzierung sowie Quantifizierung<sup>212</sup> nicht eindeutig.<sup>213</sup> Die rechtlichen Rahmenbedingungen erfahren aktuell immer weitergehende Konkretisierungen. Hierbei sind sowohl haftungsrechtliche Aspekte bei den durchführenden Mitarbeitern, unter der leitenden Frage „wer macht was“, als auch organisationsrechtliche Aspekte hinsichtlich der Sicherstellung des Versorgungsauftrages, als Frage des „was muss gemacht werden“, von Relevanz. Beispielhaft seien die weiterhin kontrovers dargestellten Aspekte zu Delegation und Substitution im Rettungsdienst<sup>214</sup> oder auch die konkrete Sicherung des Facharztstandards in der Notfallmedizin<sup>215</sup> genannt. Für die bis heute größte Berufsgruppe<sup>216</sup> der Pflegekräfte in Notaufnahmeabteilungen gilt es, das neue Format einer Fachweiterbildung einerseits zu etablieren und andererseits das konkrete Pflegehandeln<sup>217</sup> im Versorgungsprozess<sup>218</sup> und die pflegerischen Aufgaben<sup>219, 220</sup> zu definieren. Ein bisheriger Bezug kann durch die Berücksichtigung der Pflegekraft mit Zusatzqualifikation Notfallpflege“ im G-BA erfolgen. In den Regelungen werden innerhalb des § 9 Angaben zur Anzahl und zur erforderlichen Qualifikation des vorzuhaltenden Personals in der Basisnotfallversorgung getroffen. Die Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegekräfte sind als unabdingbares Fachpersonal für eine Notaufnahme, örtlich einem zugeordneten Krankenhaus der Basisversorgung (Stufe eins) und den weiteren Stufen zwei und drei als eine verbindliche Voraussetzung festgelegt. Auch sollen die jeweilige ärztliche und pflegerische Fachkraft über eine zugehörige Zusatzqualifikation verfügen. Die in den Regelungen getroffenen Formulierungen „[...] Zusatzqualifikation Notfallpflege [...]“<sup>221</sup> im Zusammenhang mit „[...] so bald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar [...]“<sup>222</sup> lassen nach Ansicht des Autors jedoch weiteren Interpretationsspielraum hinsichtlich der konkreten Umsetzungen, Verbindlichkeiten und Belastbarkeit organisatorischer Entscheidungen zu. So ist seitens des G-BA keine eindeutige Festlegung erfolgt, ob diese Zusatzqualifikation anhand von Ausbildungs- und Prüfungskriterien öffentlich-rechtlicher Regularien oder zukünftiger Entwicklungen (durch z. B. die Pflegekammer in Rheinland-Pfalz und anderen Bundesländern) oder privatrechtlicher Natur erworben sein muss. Die bisher differenten Ausbildungsformen können nur sehr abstrahiert und eingeschränkt für die geforderte „spezielle Fachkompetenz“<sup>223</sup>, als Referenz fachlicher Qualität Pflegenden für die optimale Notfallversorgung, herangezogen werden. In den tragenden Gründen zum genannten Beschluss wird darüber hinaus die spezielle Fachkompetenz des, als verantwortlich

---

<sup>212</sup> vgl. Machner et al. 2020, S. 4.

<sup>213</sup> vgl. Dormann und Wedler 2018, S. 286.

<sup>214</sup> vgl. Dittmar et al. 2020, S. 238–240.

<sup>215</sup> vgl. Liedy 2019, S. 147.

<sup>216</sup> vgl. Blum et al. 2010, S. 79.

<sup>217</sup> vgl. Dittrich et al. 2017, S. 525.

<sup>218</sup> vgl. Bernhard et al. 2019, S. 2.

<sup>219</sup> vgl. Lassen et al. 2010, S. 49–51.

<sup>220</sup> vgl. Behringer et al. 2019, S. 331.

<sup>221</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss 2020a, S. 9.

<sup>222</sup> ebd.

<sup>223</sup> ebd. S. 7.

benannten, verantwortlichen ärztlichen und pflegerischen Personals, eng mit leitenden Tätigkeiten verbunden.<sup>224</sup> Daraus können aus Sicht des Autors weitere Diskrepanzen entstehen, da die fachliche Qualifikation einer klaren Zuordnung zur Patientenversorgung bedarf. Leitungstätigkeiten hingegen stehen nach Ansicht des Autors eher mit administrativen und führenden Qualitäten in Verbindung. Beide Eigenschaften im Kontext von interdisziplinären, zentralen Notaufnahmen auch personell zu vereinen, kann nicht im Interesse der professionellen Versorgungsqualität sein.

Aus den verschiedenen Umsetzungsmodalitäten des G-BA kann daher geschlossen werden, dass eine reine Quantifizierung von Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege aktuell nicht automatisch mit verbesserter Versorgungsqualität gleichzusetzen ist. Die mit hoher Qualität assoziierte Zusatzqualifikation muss mit klaren Kompetenzen, Zuweisung von Kriterien und daraus resultierenden Handlungssicherheiten einhergehen. Dies ist aktuell nicht zu attestieren und untermauert damit den langjährig bestehenden Anspruch auf eine bundesweite Vergleichbarkeit<sup>225</sup> der „Notfallpflege“. Dies kann durch Entwicklung einheitlicher Standards, an denen die Qualität der Ausbildung gemessen werden kann, erfolgen. Die dahingehend zu gestaltende Überprüfung, z. B. im Rahmen einer Abschlussprüfung muss, unabhängig der bildungspolitischen Intention und der gestaltenden Kompetenzorientierung, inhaltlich dem Handlungsfeld entsprechen.

### 3.6 Das analytische Potenzial des ökologisch–systemischen Ansatzes

Einzelne Lebensbereiche bieten für sich genommen Entwicklungspotenziale, die in „ökologischen Übergängen“ als Entwicklungserscheinungen sichtbar werden können. Angelehnt an das Kompetenzverständnis, stellen diese aktive, konstruktive und kooperative Potenziale dar. Sie sollen durch die Gestaltung der Prüfung, als Performanz des situativ-sozialen Beziehungshandelns, provoziert/erfahrbar werden. In diesem Prüfungsverständnis gelingt die Provokation dieser Potenziale durch Implementierung und Konstruktion von definierten Defiziten, die handlungsfeldspezifisch ausgerichtet sind. Im Übertrag auf BRONFENBRENNERs Ansatz verfolgt die Konzeption Abschlussprüfung damit die Umsetzung auf der operativen Ebene des Mikrosystems ZNA. Die planerischen und gestaltenden Aspekte der jeweiligen Merkmale des Mesosystems, hier insbesondere die Wechselseitigkeit der ZNA mit der verantwortlichen Weiterbildungsstätte, sind dabei geprägt von den immanent bestehenden, rahmenden Strukturen, insbesondere denen des Makrosystems. Sie sind handlungsleitend und bieten die Grundlage zur Konkretisierung des Prüfungsrahmens in Form einer verdichteten Referenz auf der Ebene des Exosystems. So können diese Potenziale unter der notwendigen Adressaten- wie Handlungsfeldorientierung, unter anderem durch defizitäre Merkmalsausprägung, freigesetzt und beobachtet werden. Dies wird unter Einbeziehen der gewonnenen Erkenntnisse im Folgenden ausgeführt.

---

<sup>224</sup> vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2020a, S. 7.

<sup>225</sup> vgl. Deutscher Bundestag 2007, S. 43.

Die Identifikation und die Verzahnung der jeweiligen Merkmale werden grundsätzlich als beeinflussend für die Entwicklung verstanden. Der Weg zum Abschluss der Fachweiterbildung Notfallpflege ist als chronologische, berufliche Entwicklung anzusehen. Sie steht in unterschiedlich ausgeprägten Wechselbeziehungen zu anderen Mikrosystemen. Für die Arbeit ist die Reziprozität zwischen dem Mikrosystem der Weiterbildungsstätte und der jeweiligen ZNA von Relevanz. Das erfolgreiche Zusammenwirken beider zeigt sich in der Qualität der Performanz während der klinisch-praktischen Abschlussprüfung.

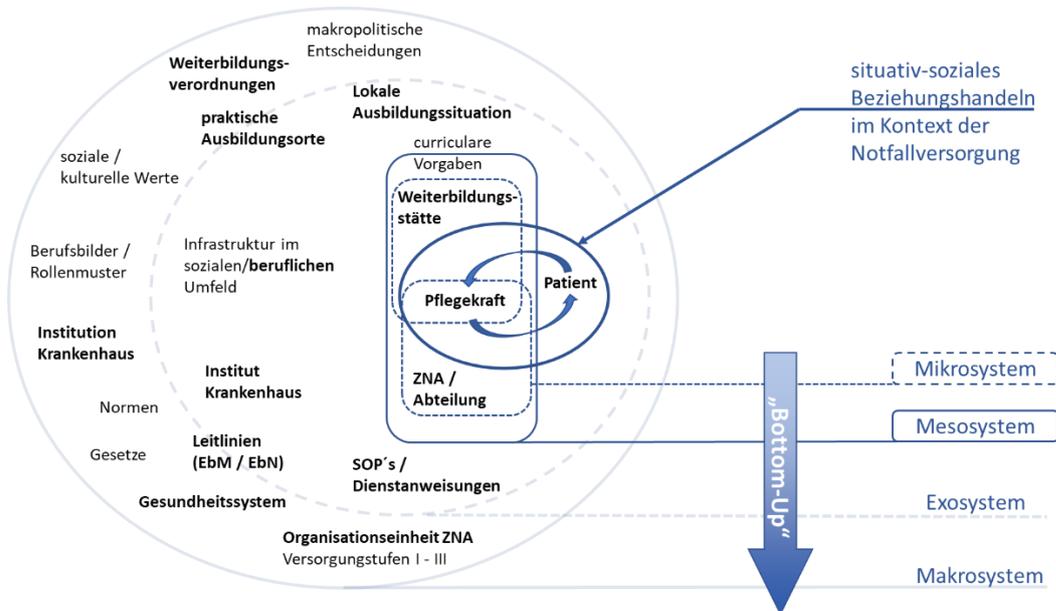


Abbildung 2: Einflüsse auf das situativ - soziale Beziehungshandeln in der Entwicklung zur Notfallpflege unter ökologisch - systemischer Betrachtung; mod. Darstellung auf der Grundlage von Epp 2018, S. 5.<sup>226</sup>

Das analytische Potential von BRONFENBRENNERS Ansatz dient in dieser Arbeit der Beschreibung und Bestimmung von zugehörigen Merkmalen, die erwartbare Entwicklungserscheinung hervorrufen. Die konkrete Gestaltung der Prüfungssituation muss sich einerseits auf die wechselseitige Einflussnahme der Systeme beziehen und andererseits die Merkmalsprägungen aktiv, kooperativ und konstruktiv ermöglichen. Im ersten Teil dieser Arbeit wurde dazu das Handlungsfeld ZNA als Lebensbereich beschrieben. Dies gelang durch die Beschreibung seiner Bezüge und Rahmenbedingungen, dem Kompetenzverständnis und den damit einhergehenden Erwartungen an das Handeln Pflegenden mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ und ihre zukünftige Rolle.

Dabei ist das Handlungsfeld nicht isoliert von weiteren Bezugssystemen in der Notfallversorgung zu betrachten, sondern als Teil des Gesundheitssystems, in welchem

<sup>226</sup> Fett dargestellte Zuordnungen sind im Verständnis des Autors im Rahmen der thematischen Relevanz erfolgt. Die nicht immer eindeutige Trennschärfe bei Zuordnungen (z. B. „Leitlinien (EbM/EbN)“, „praktische Ausbildungsstätte“, „curriculare Vorgaben“) ist beabsichtigt. So sind Anteile der praktischen Weiterbildung auch extern der entsendenden Einrichtung oder in anderen Abteilungen zu absolvieren. Auch der jeweilig aktuelle Evidenzgrad und Forschungsstand in Leitlinien und seine Umsetzung auf institutioneller oder Abteilungsebene verdeutlicht die stete Dynamik und wechselseitige Einflussnahme der Systeme und damit eine Darstellung von jeweiliger Perspektive auf das System, seine Ebenen und Merkmale, die konzeptionell zu berücksichtigen sind.

spezielle Anforderungen für eine effektive und effiziente Leistungserbringung an das behandelnde Team gestellt werden. Die Adaption der international bestehenden Zuweisungen und Erwartungen an das Berufsbild und die Aufgaben der Pflegenden in ZNA, sind nicht uneingeschränkt möglich und formal-juristisch nicht rechtssicher zu übertragen. Dies macht eine Orientierung am Handlungsfeld und seiner Beschreibung erforderlich. Die normativen Gegebenheiten in den einzelnen Versorgungsstrukturen erfordern eine differenzierte Berücksichtigung der unterschiedlichen Bezugskontexte auf das situativ-soziale Beziehungshandeln (s. Abb. 2).

Das situative Element des immanent sozialen Beziehungshandelns wird in der Notfallversorgung seiner innewohnenden Individualität, Heterogenität und Dynamik der jeweiligen Versorgung gerecht. Es entspricht darüber hinaus auch modernen, bildungspolitischen Anforderungen<sup>227</sup> an pflegerische Weiterbildungen. Die für eine Vergleichbarkeit notwendige Objektivität des situativ-sozialen Beziehungshandelns im Mikrosystem ist durch die Vielfalt von Anforderungen an das komplexe Fallverstehen, erschwert. Das konnte durch die Darstellung des breiten Leistungs- wie Versorgungsspektrums von Notfällen und der interdependenten Aufgaben in interdisziplinärer Kooperation, das sog. „Teamwork“, in einer ZNA abgebildet werden.<sup>228</sup>

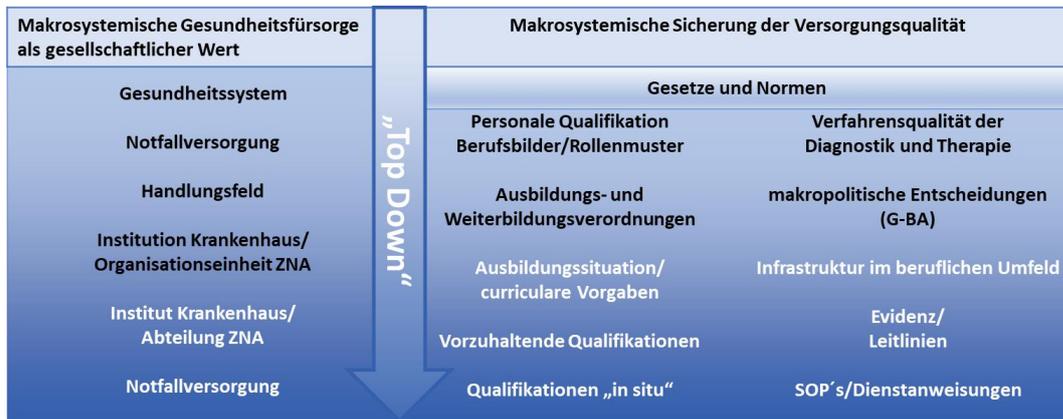
Die weiteren beeinflussenden, exosystemischen Aspekte, weisen ähnlich differente und damit schwer objektivierbare Merkmale und Strukturen der Infrastruktur des beruflichen Umfeldes und seiner prä- wie innerklinischen Bezüge auf. Gleichzeitig sind sie als Freiheitsgrade benannt, die den lokalen Ausbildungssituationen der Ausbildungsorte, der curricularen Gestaltung der Bildungsanbieter und letztlich dem Weiterbildungsabsolventen mit seinem spezifischen Handlungsfeld, in ihrer Zusammenführung im Mesosystem, gerecht werden können. Elemente und Merkmale des Exosystems prägen dementsprechend maßgeblich die konkrete inhaltliche wie fachliche Gestaltung der klinisch-praktischen Abschlussprüfung durch den Bildungsanbieter. Dabei sind jedoch die Freiheitsgrade begrenzt und immer abhängig von den Strukturen und Merkmalen des übergeordnet rahmenden Makrosystems. Diese Analyse erlaubt das Schaffen definierter und realistischer Referenzaspekte für das Prüfungsverfahren unter der Zielsetzung, den Notfallpatienten die optimale, relevante und adäquate Versorgung zukommen zu lassen. Die differente Handhabung und Umsetzung dieses Anspruchs bei den bestehenden Bildungsangeboten wurden dargestellt und sollten um das Instrument der Prüfung von Performanz, als klinisch-praktische Abschlussprüfung, erweitert werden. Im Kontext der Notfallversorgung können die gegenseitige Einflussnahme und die teilweise bestehenden Abhängigkeiten der Systeme untereinander anhand der Beispiele zur Schmerztherapie (s. S. 35) und der Ersteinschätzung (s. S. 47) verdeutlicht werden. Der sich aus der ersten Problemstellung ergebenden Zielsetzung, die Identifikation immanenter Merkmale des Handlungsfeldes,

---

<sup>227</sup> vgl. Schaller et al. 2020, S. 13.

<sup>228</sup> vgl. Flowerdew et al. 2012, 5.

konnte bisher in Teilen entsprochen werden. Durch den ökologisch-systemischen Ansatz kann die Gestaltung der Prüfungssituation in Bezug zum Lebensbereich gesetzt werden. Insbesondere die herausgestellten Rechtsbeziehungen sind dabei dominant und müssen auch inhaltlich berücksichtigt werden. Das analytische Potenzial des Ansatzes nach BRONFENBRENNER kann anhand dieser Rechtsbeziehungen, zu denen auch die Ordnungsmittel mit ihrem Kompetenzverständnis verortet werden können, nach dem Top-Down-Verfahren abgebildet werden:



**Abbildung 3: Top-Down - Ansatz zur Leistungserbringung unter ökologisch - systemischer Perspektive; eig. Darstellung.**

Darüber hinaus kann sein Ansatz die Basis zur Prüfungskonzeption darstellen (s. Abb. 4). Die übergeordneten Aspekte, die Sicherung oder Wiederherstellung der Gesundheit, als gesellschaftlicher Anspruch auf Gesundheitsfürsorge unter Wahrung der zugehörigen Versorgungsqualität, dienen der Verifizierung dieser Darlegungen. Sie legitimieren das Einbeziehen und die Explikation der zugeordneten Merkmale und Strukturen. Es wird ersichtlich, dass die zu erbringenden Leistungen effizient und unter Wahrung der gesetzlichen, wie qualitativen Vorgaben erfolgen müssen. Dieses Verständnis verdeutlicht die Komplexität der Beschreibung situativ-sozialen Beziehungshandelns in Notfällen als charakterisierte Ausnahmesituation für alle Beteiligten. Umgelegt auf das konkrete Prüfungsverfahren wird ersichtlich, dass die übergeordneten Rechtsbeziehungen handlungsleitend für die Notfallsituation sind. Die Zielsetzung optimaler Betreuung, Begleitung und Behandlung eines Notfalles weist damit zwar Prägnanzen auf. Diese sind jedoch auf den Ebenen der Makro- und Exosysteme nicht in eindeutige, beobachtbare Merkmale im situativ-sozialen Beziehungshandelns zu übertragen.

Dies wird, insbesondere im Kontext der konkreten Gestaltung des situativ-sozialen Beziehungshandelns für anfallende Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Berücksichtigung finden müssen. Versorgungsqualität steht dabei im Fokus unter der Wahrung von Patienten- wie Mitarbeitersicherheit als reziproker Anspruch an Interaktion im behandelnden Team. Diese findet unter den definierten Kapazitäten der jeweiligen Versorgungsstufen und dem steten Merkmal verknappter Ressourcen im Gesundheitssystem statt. Der damit entstehende Mangel kann so in ein rechtlich-relevantes, stetes Defizit in der Notfallversorgung überführt werden. Für die Notfallpflege

ist er handlungsleitend und wird im Rahmen der Prüfung als „Mangel an rechtssicherer Verantwortungsübernahme“ legitim in Erscheinung treten können. So haben beispielsweise die An- wie Abwesenheit beruflicher Akteure und deren Qualifikationen Einfluss auf die Rechtssicherheit bei evidenzbasierten, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Durch die Betrachtung des jeweiligen „Handlungsfeldes ZNA“ als Lebensbereich können weitere rahmende Aspekte abstrahiert und konkretisiert werden. Neben der Gestaltung von Prüfungssituationen mit interdependenten Inhalten, sind die system- oder abteilungsübergreifenden Beeinflussungen und deren dortige Ereignisse maßgeblich für den Erfolg der Notfallversorgung. Die Erwartung an die Rolle der Notfallpflege impliziert dabei einerseits eine situativ, fachlich korrekte Bewältigung der jeweiligen Anforderungen anhand der aktuellen Evidenz. Dies wird von BRONFENBRENNERS kennzeichnenden Elementen und deren Merkmale, formuliert als „*Erwartungen an Inhalt von Tätigkeiten*“ (s. S. 17), gestützt. Andererseits ist im Kontext der erwartbaren Entwicklungserscheinungen die Konfrontation mit der subjektiven Wahrnehmung der zwischenmenschlichen Beziehungen legitimiert. Das meint, dass das unmittelbare Handeln Merkmale und Bezüge zur Mikro- und Mesoebene aufweist, was die gestalterischen Anforderungen an die Objektivierbarkeit der Prüfungssituation wiederum erschwert. Die Makro- und Exosysteme verdeutlichen parallel die stete Komplexität und die Anforderungen an eine klinisch-praktische Abschlussprüfung unter dem dort zu verortenden Kompetenzverständnis. Die dem Handeln im dynamischen Notfallgeschehen innewohnenden Aspekte<sup>229</sup> wie Stressoren, sind dabei schwer als Entwicklungserscheinungen zu definieren und objektivierbar herauszustellen.

Eine konsekutive und logische Konsequenz bietet sich hierbei in der Methode der Simulation dieser Situationen. Sie erlaubt, neben der vergleichbaren Gestaltung von objektivierbaren Rahmenbedingungen, auch die Definition und das Einbeziehen dieser Merkmale. Werden sie als Defizite implementiert, ist die Provokation konstruktiver, kooperativer und aktiver Entwicklungserscheinungen und deren Sichtbarmachen und Zuschreibungen möglich. BRONFENBRENNERS Elemente legitimieren durch die Simulation noch weitere Überführungen. Die Elemente der molaren Tätigkeiten (s. S. 16) „*gewisse Widerstandsfähigkeit gegen Unterbrechungen*“ oder die „*Ausführung (bis zur Vollendung) über einen gewissen Zeitraum*“ sind durch das Defizit an ausreichenden Ressourcen der meist parallel zu bearbeitenden, komplexen Aufgaben im Arbeitsalltag geprägt. Eine Provokation zugehöriger Entwicklungserscheinungen kann durch festgelegte Störungen, die in Form von Unterbrechungen, z. B. durch Telefonanrufe oder Gesprächsbedarfe, das Handeln im direkten Umfeld der Patientenversorgung beeinflussen, gelingen. Das Sichtbarwerden in Form aktiver, kooperativer und konstruktiver Entwicklungserscheinungen, müssen als vom Absolventen ausgehend verstanden sein und können nicht im Vorfeld festgelegt werden. Der wesentliche Aspekt

---

<sup>229</sup> vgl. hierzu Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, S. 66.

der Vergleichbarkeit liegt damit in der sorgfältigen Planung der Prüfungssituation und in der Gestaltung kongruenter Merkmalsprägungen im Vorfeld der Initialphase der Versorgung. Einerseits sind die Bestimmung der Notfallpatienten und deren Behandlungsanlässe, andererseits aber auch die Ausprägung der strukturellen Merkmale des Handlungsfeldes von Relevanz. Eine besondere Bedeutung bekommen die defizitär-rahmenden Prüfungsbedingungen und die möglichst kongruenten Merkmale der Verbringung und des Erstkontaktes in der ZNA. Die Herausforderung besteht darin, solche zu bestimmen, die die Komplexität und vielfältigen Möglichkeiten von Notfallsituationen reduzieren, ohne ihr kennzeichnendes Wesen, also ihre Individualität und Dynamik, zu verhindern. Dies erfolgt durch die Definition von Kriterien, die Strukturen und Merkmale verallgemeinern oder ein- wie auch ausschließen. Der Kompetenzaspekt der „Selbstständigkeit“, in der Arbeit dargelegt als „intrinsische Motivation zur Tätigkeit ohne Anregung oder Anleitung anderer“, kann in steten Rechtsbezug mit „Eigenverantwortlichkeit“ gesetzt werden. Dieser Komplex kann damit rahmend, als Anstreben des möglichst rechtssicher abgewogenen, an Bedarf und Notwendigkeit ausgerichteten, selbstständigen Handelns, argumentiert werden. Dies erlaubt, eine Vielzahl an Festlegungen zu treffen, die aus der „Top-Down“-Perspektive einerseits die Entwicklungserscheinungen provozieren und andererseits die Vergleichbarkeit des situativ-sozialen Beziehungshandelns ermöglichen. Dies soll am folgenden Beispiel „Gestaltung des Erstkontaktes“ verdeutlicht werden. Es stellt gleichzeitig die gestalterische Grundlage für den weiteren Verlauf der notwendigen Leistungserbringung in der Notfallversorgung dar und ist die Ausgangssituation für die objektive, klinisch-praktische Abschlussprüfung.

### 3.6.1 Ökologisch-systemische Perspektive auf die Gestaltung des Erstkontaktes

Eine exemplarische Überführung des analytischen Potenzials auf die merkmalsgeprägte Gestaltung des Erstkontaktes in der ZNA soll die gewonnenen Aspekte konzeptionell abbilden. Die erwartbare Entwicklungserscheinung durch Provokation von Merkmalen des Elements „Molare Tätigkeit/Aktivität“ liegt damit in der Überführung, z. B. der „intrinsische Motivation zur Tätigkeit ohne Anregung oder Anleitung anderer“, in die Bereitschaft zur verantwortlichen Übernahme/Aufnahme des Patienten und der Einleitung von zugehörigen Arbeitsschritten. Das Sichtbarmachen dieser Entwicklungserscheinung, für den kompetenzorientierten Aspekt des selbständigen Handelns in der Prüfung, bedarf einer entsprechenden Provokation. Sie muss unter Berücksichtigung von Realitätsnähe, z. B. durch festgelegte, verknappte Ressourcen, erfolgen. Dies kann anhand des analytischen Potenzials abgeleitet werden. So ist neben der Identifikation geeigneter Patienten oder Patientengruppen für die Prüfung ein Mangel zu objektivieren und zu begründen. Die Spezifikationen dieser Prüfungspatienten sind ebenso wesentlich für faire und vergleichbare Notfallsituationen wie die Defizite. Beide sind hinsichtlich ihrer Ausgangslage in Form des Erstkontaktes zu definieren. Sie haben sich in der Zusammenführung des Kompetenzverständnisses und dem analytischen

Potenzial des ökologisch-systemischen Ansatzes ergeben. Festgelegt werden kann damit, dass initial bei der Gestaltung des Erstkontaktes keine Verantwortungsübernahme seitens eines Arztes erfolgt. Gewährleistet werden kann dies durch eine Abwesenheit der ärztlichen Kompetenz, ein konkret definiertes Defizit, welches als Mangel an rechtssicherer Verantwortungsübernahme in der Aufnahmesituation abstrahiert werden kann. Dies provoziert das selbstständige/eigenverantwortliche Treffen von Entscheidungen oder auch das Initiieren und/oder Einleiten von notwendigen oder am Bedarf orientierten Arbeitsschritten. Dabei sind die Merkmale und Kennzeichen der einzelnen Elemente nicht trennscharf. Es ist gleichzeitig zu erwarten, dass die Arbeitsschritte sicher und korrekt sowie zielgerichtet umgesetzt werden.

Das Defizit der Abwesenheit ärztlicher Kompetenz wird legitim, wenn Patientengruppen definiert werden, die Behandlungsdringlichkeitskategorien zugeordnet werden können, die formal keines sofortigen ärztlichen Kontaktes bedürfen. Der aus der Ersteinschätzung resultierende Zeitkorridor für einen Arztkontakt kann damit, wiederum rechtssicher, derart gestaltet sein, dass ein solcher initial nicht zwingend gegeben sein muss. Dies führt z. B. beim Ersteinschätzungssystem „Manchester Triage System“ (MTS) zu einem Ausschluss von Patienten der „Kategorie Rot“ oder beim „Emergency Severity Index“ (ESI) denen der „Kategorie eins“. Diesen ist der „sofortige Arztkontakt“ formal hinterlegt. Eine Erweiterung um den Aspekt der zu berücksichtigenden Schnittstellen des prä- und innerklinischen Bereichs als immanentes Merkmal, kann unter dieser Perspektive ebenfalls erfolgen und ist bezüglich der übertragenen Bedeutung BRONFENBRENNERS Elemente des Mikrosystems in „Interaktion“ oder auch „Netzwerk“ (s. S. 18) legitim. Diese werden als „interaktive Fertigkeiten“ im Zusammenspiel mit dem für die Versorgung notwendigen „ausgebauten Bezugssystem“ und seiner Nutzung sichtbar und zuschreibbar. Durch die Wechselseitigkeit werden, neben der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität, weitere Bezugsnormen zu diesen kennzeichnenden Merkmalen der Notfallversorgung möglich und weitere Festlegungen können getroffen werden. So erscheint es, dem Mangel an rechtssicherer Verantwortungsübernahme entsprechend, zweckdienlich, dass Notfallpatienten ausschließlich mit dem Rettungsdienst und ohne Notarztbegleitung der ZNA zugebracht werden. Dies wird unter Einbeziehen der Rettungsdienstgesetze der Länder legitimiert. Es bestehen deutliche Erweiterungen der einem Notfallsanitäter zugeordneten Aufgaben und Tätigkeiten.<sup>230</sup> Sie bieten das Potenzial, auch das Pflegepersonal in der ZNA mit therapeutisch komplexen oder invasiven Maßnahmen zu konfrontieren<sup>231</sup>, ohne dass eine notärztliche Anwesenheit erforderlich sein muss (vgl. z. B. § 2 Abs. 2 RettG NRW). Darin wird zwischen der Notfallrettung und dem Krankentransport unterschieden. Diese Differenzierung führt zur Festlegung einzuschließender Notfallpatienten, die mit dem Rettungswagen, nach hergestellter Transportfähigkeit, unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und

---

<sup>230</sup> vgl. Lechleuthner 2014, S. 116.

<sup>231</sup> vgl. Mann et al. 2020, S. 17.

Vermeidung weiterer Schäden, in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus befördert werden. Es sind Personen definiert, bei denen infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten.<sup>232</sup> Das wiederum kann in Korrelation mit den Ersteinschätzungssystemen und den festgelegten Kategorien erfolgen.

Zur angestrebten Vergleichbarkeit der Gestaltung des Erstkontaktes ist das analytische Potenzial durch Abbilden der Wechselbeziehung zwischen Handlungsfeldbezügen, hier der Präklinik und der ZNA, sinnführend. So können die vielfältigen Möglichkeiten von Notfallsituationen für die klinisch-praktische Abschlussprüfung unter Adressatenorientierung sowie objektiven Gesichtspunkten eingeschränkt und konkretisiert werden. Das angeführte Beispiel der Gestaltung des Erstkontaktes berücksichtigt diese immanenten Merkmale. Aktuellere Ergebnisse unterstützen dieses Vorgehen ebenfalls. So stellen empirisch erhobene Daten aus Umfragen aus deutschen ZNAs eine große Spannbreite im Pflegepersonalaufwand pro Patienten unter Zuordnung zu den Ersteinschätzungskategorien zwei und drei heraus.<sup>233</sup> Die Kategorie zwei weist dabei einen durchschnittlichen, rein pflegerischen Zeitaufwand von 85 Minuten auf, wobei dieser Kategorie 23,5 % der insgesamt erfassten Patienten zugeordnet wurden. In der Ersteinschätzungskategorie drei betrug der durchschnittliche Zeitaufwand im Mittel 41 Minuten, wobei hier mit 36 % der größte Anteil der insgesamt erfassten Patienten eingruppiert wurde. So dient das Instrument der Ersteinschätzung einerseits zum Ausschluss von lebensbedrohlichen Situationen, z. B. in Form der „Kategorie Rot“. Andererseits wird genauso der Einschluss von Patienten, die dem Notfallverständnis im Rahmen der Prüfungsleistung entsprechen sollen, ermöglicht. Dies wird beispielsweise durch das festgelegte Rettungsmittel und zubringende Rettungsdienstpersonal bestimmt. Gleichzeitig werden damit Patienten für die Prüfung ausgeschlossen, die unter Ersteinschätzungskategorien fallen, die weder eine zeitliche Behandlungsdringlichkeit, noch einen erhöhten Ressourceneinsatz benötigen. Dies meint bei Einsatz des MTS beispielsweise Patienten, die unter die Kategorien „Grün“ und „Blau“ fallen. Aspekte, wie ein realitätsnaher, zeitlicher Versorgungsumfang oder auch die bisher lediglich angenommene Vermutung einer häufigen Konfrontation mit diesen Patientengruppen in der Alltagspraxis, können legitimiert werden. Diese Rahmenbedingungen ermöglichen eine „Wahrnehmung der Tätigkeiten von den am Lebensbereich Beteiligten als bedeutungs- oder absichtsvoll“. Diese Festlegungen sind für die Prüfungskonzeption unerlässlich und resultieren aus den Erkenntnissen zum Charakter der Notfallsituation und der eines Notfallpatienten. Deren Heterogenität bedarf dabei im Kontext des Prüfungsverfahrens alternativer Möglichkeiten zum Prüfen „vor Ort“, beispielsweise durch Formate im simulativen Kontext. So können die rahmenden Bedingungen für das situativ-soziale Beziehungshandeln auf der operativen Mikro- wie der gestaltenden

---

<sup>232</sup> vgl. Die Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen 2015.

<sup>233</sup> vgl. Behringer et al. 2019, S. 332.

Mesoebene unter ökologisch-systemischer Perspektive berücksichtigt werden. Im Fokus steht hier die prägende, konzeptuelle Ausrichtung am Gleichbehandlungsgrundsatz zur Gewährleistung von Chancengleichheit<sup>234</sup> nach Art. 3 Abs. 1 GG. Sollen also „Erwartungen an ‚rollenkonformes‘ Verhalten in sozialen Beziehungen anderen und der Person selbst gegenüber“ durch den Absolventen der Fachweiterbildung erfüllt und zuschreibbar werden, müssen neben einem vergleichbaren Prüfungsverfahren auch faire Bedingungen gewährleistet sein.

### 3.6.2 Simulation im Kontext ökologisch-systemischer Immanenz

Diese Konzeption wird durch normative, makrosystemische Bezüge geleitet (z. B. zum G-BA – Beschluss, auf das Exosystem oder zur verpflichtenden Anwendung eines Ersteinschätzungsinstrument). Die konkrete Auswahl von Inhalten und deren fachlich korrekte Anwendung und Zuschreibung, werden Bestandteil des situativ-sozialen Beziehungshandelns in Form einer Fallspezifizierung. Anhand dieser kann das analytische Potenzial von BRONFENBRENNERs Ansatz nachvollzogen und eine jeweilige Konzeption begründet werden. Der erste Ausblick zur Lösung der Dialektik aus Notwendigkeit vergleichbarer Prüfungen, bei Heterogenität und fehlender Planbarkeit der Komplexität der Notfallsituationen, besteht dabei in der Form der Simulation. Der simulative Kontext erlaubt es, normgebende Festlegungen, z. B. hinsichtlich medizinisch-technischer und personeller Ausstattungen, vergleichend einzubeziehen. Vorzuhaltende Ressourcen sind mit den ihnen hinterlegten, ökonomischen Interessen verknüpft und bedürfen somit einer klaren Definition. Nur so kann sich der Bezug zu den Versorgungsstufen und den damit einhergehenden Aufgaben der beteiligten Akteure, zur Gewährleistung des Versorgungsprozesses, auch auf die jeweilige Personalsituation und deren notwendigen Qualifikationen übertragen lassen. Ersichtlich ist dies durch Positionen und Stellungnahmen zu Personaluntergrenzen<sup>235</sup> oder auch zu einer notwendigen Fachkraftquote<sup>236</sup>, sinngemäß übertragbar auch auf eine ZNA. Bezugswissenschaftlich wird die Methode der Simulation regelhaft, z. B. bei der notfallmedizinischen Qualifikation, eingesetzt. Eine Brisanz für Qualifizierungen in der Notfall- und Akutversorgung für letztlich alle Beteiligten, liegt in den praktischen Anteilen der Ausbildung. Die Unmöglichkeit zur Gewährleistung identischer Ausbildungsinhalte im Kontext der (lebensbedrohlichen) Notfallsituationen entspricht damit auch einer nicht objektivierbaren und damit letztlich inkongruenten Ausbildungsqualität.

*„Als Notarzt werden häufig nicht wirklich lebensrettende Situationen erlebt [...] neu eingeführt, dass [...] Notfallmanagement von in [...] Simulatoren dargestellten lebensbedrohlichen Situationen [...] als Nachweis anerkannt [...] 25 ‚Simulatoreinsätze‘ und 25 Realeinsätze [...] effektivere Vorbereitung auf die Tätigkeit im Notarzdienst [...] Trotz der [...] Einführung von Simulationstraining wird [...] diskutiert, ob die genannten Kriterien als Mindestqualifikation für die Teilnahme am Notarzdienst überhaupt ausreichen.“<sup>237</sup>*

---

<sup>234</sup> vgl. Igl 2015, S. 24.

<sup>235</sup> vgl. Behringer et al. 2019, S. 330.

<sup>236</sup> vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK 2018.

<sup>237</sup> Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK 2018.

Die Methode der Simulation kann an dieser Stelle eine grundsätzliche Möglichkeit für Vergleichbarkeit und erforderliches Training mit Ausbildung von Sicherheit oder auch Routine sein.

An dieser Stelle seien exemplarisch die ähnlichen Anforderungen an die sehr komplexen Versorgungsstrukturen zum „Schockraummanagement“<sup>238</sup> beschrieben.

Im Bereich der Schwerverletztenversorgung sind aus fachlicher Sicht feste Strukturen zu Ausstattung, Personal, deren Qualifikationen und weiteren Rahmenbedingungen an eine Schockraumversorgung etabliert. Diese sind wiederum eng an Zertifizierungen und damit einhergehende Qualitätsmerkmale<sup>239</sup> gebunden. Sie dienen einerseits nachweislich der Verbesserung der Strukturen und Prozesse für die Versorgung polytraumatisierter Patienten. Andererseits kann für die damit einhergehenden Vorhaltekapazitäten so auch ein Finanzierungsrahmen geschaffen werden. Insbesondere die zugehörigen Trainings, als Simulation der Prozesse und Strukturen, verbessert nachweislich die Patientensicherheit und das „Outcome“ der Patienten<sup>240</sup>. Für anderes, schwerkrankes Patientenkontinuum aus konservativen Bereichen sind diese Strukturen bisher noch nicht abschließend festgelegt, dennoch wird ein qualitativ hochwertiges, analog zum chirurgischen Schockraummanagement als notwendig erachtet und gefordert.<sup>241, 242</sup> Das beschriebene Zusammenspiel von verwendeten Begriffen mit klar hinterlegten Kriterien, ist insofern von Bedeutung, dass eine Zertifizierung häufig als ein Qualitätsmerkmal angesehen werden kann. Eine solche zu einem überregionalen Traumazentrum (ÜTZ) durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), ist mindestens der Stufe einer erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 im G-BA zugeordnet.<sup>243</sup> Hierbei werden Trainings im simulativen Kontext mittlerweile vorausgesetzt.<sup>244</sup> Im Hintergrund sind ähnliche tragende Gründe zu vermuten, wie im Bereich der notärztlichen oder auch rettungsdienstlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen (s. o.). Neben dem schlichten Nichteintreten komplexer und seltener Situationen, z. B. geburtshilfliche Notfälle, wie nicht zu gewöhnlicher Konfrontationen mit dem möglichen Spektrum von Notfällen, z. B. Massenansturm von Verletzten, chemische Unfälle, Polytrauma etc., im zeitlich festgelegten und geplanten Rahmen der Bildungsformate, sind insbesondere auch die medico-legalen und ethischen Überlegungen zu Prüfungen von Belang. Dass eine reale Ausnahmesituation für die betroffenen, hilfeschuchenden und hilfsbedürftigen Menschen, zur Überprüfung und Beobachtung der Performanz, geeignet ist, kann an dieser Stelle durch den Autor klar negiert werden. Dies wird durch die Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärung und Einwilligung zusätzlich gestützt. Hierbei wird die typische, einzuholende Einwilligung des Prüfungspatienten zur Prüfung<sup>245</sup> in Bezug gesetzt. Deren rechtssicheres

---

<sup>238</sup> vgl. Behringer et al. 2020, S. 3.

<sup>239</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) 2019, S. 15–20.

<sup>240</sup> vgl. Rall 2010, S. 277.

<sup>241</sup> vgl. Bernhard et al. 2014.

<sup>242</sup> vgl. Kumle et al. 2019, S. 403.

<sup>243</sup> vgl. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) 2019, S. 7.

<sup>244</sup> vgl. ebd. S. 19

<sup>245</sup> vgl. Bätzing-Lichtenthäler 2015, S. 20.

Erlangen ist stark abhängig von der nötigen Urteilskraft und Gemütsruhe, um die Tragweite der Erklärung zu erkennen.<sup>246</sup> Dies kann im Verständnis des Autors besonders in einer solchen Ausnahmesituation nicht gewährleistet werden. Weiterer enger Bezug kann problematisch sein, „*wenn der betroffene Patient nicht in der Lage ist, eine wirksame Einwilligung zu erteilen und diese von der Entscheidung dritter Personen abhängig ist.*“<sup>247</sup> Durch Simulation kann jedoch die Vielfalt der unterschiedlichen Bezugskontexte des situativ-sozialen Beziehungshandelns, durch die Perspektiven auf die Betroffenen in den zugehörigen Systemen, abgebildet werden, ohne diese selbst oder die Sicherheit der Behandlung zu gefährden. Eine rechtssichere Gestaltung für den Absolventen ist gleichzeitig möglich.

### 3.7 Zusammenfassung des ersten Teils

BRONFENBRENNERS Ansatz ermöglicht eine begründbare und differenzierte Betrachtung des Handlungsfeldes und seiner Strukturen, die, aus der Perspektive der Exo- und Makrosysteme, indirekt das Handeln beeinflussen. In Entwicklungsprozessen und insbesondere in Prüfungskontexten können diese, als Determinanten des professionellen Handelns, jedoch nicht verallgemeinert werden. Sein Ansatz dient so nur in Teilen der Zielsetzung, vergleichbare Prüfungsleistungen zu erreichen, ist allein jedoch nicht ausreichend. Einerseits wird zwar die Bestimmung von Merkmalsprägungen und Defiziten zur Provokation von Entwicklungserscheinungen im situativ-sozialen Beziehungshandeln möglich, andererseits sind die Einzigartigkeit der jeweiligen Situation und damit das Handeln selbst noch nicht objektiv zu beschreiben. Die Versorgung eines Notfalles ist, zusätzlich zu den beeinflussenden systemischen Strukturen auch abhängig von zugehörigen und verbindlichen Prozessen. Diese müssen dem meist zeitkritischen, potenziell dynamischen und teilweise auch als bedrohlich empfundenen Geschehen effektiv und effizient Rechnung tragen. Notwendige, fachliche Qualifikationen und deren Expertisen, die jeweils gültige Evidenz und die Möglichkeiten der Notfallmedizin, haben sich in den letzten Jahren, sowohl innerhalb der einzelnen Bezugssysteme zur Notfallversorgung weiterentwickelt, als auch in deren Vernetzung. Dies konnte durch den ökologisch-systemischen Ansatz dargestellt werden. Das vordergründige und durch diese Merkmale geprägte Ziel, besteht in der Gewährleistung eines reibungs- und komplikationslosen Versorgungsprozesses für den jeweiligen Notfallpatienten. Dazu müssen weitere, Merkmale auf prozessualer Ebene identifiziert werden. Sie erlauben eine Verdichtung der Anforderungen an die Performanz im Kompetenzverständnis für die Notfallpflege und für das Prozessverständnis im Prüfungsverfahren, auch in Form einer Ablaufbeschreibung.

---

<sup>246</sup> vgl. Parzeller et al. 2007, S. 579.

<sup>247</sup> ebd.

## 4 Prozesse der Notfallversorgung – Teil 2

Die Institution Krankenhaus ist aus makrosystemischer Perspektive im Gesundheitssystem wesentlicher Bestandteil der Gesamtbehandlung und damit auch der von Notfällen. Die im ersten Teil makrosystemisch beschriebenen, rechtlichen wie finanziellen Aspekte und deren Einflüsse auf die jeweilige Notfallbehandlung, sind als entscheidende Faktoren zu den dargestellten Veränderungen im Gesundheitswesen zu verstehen. Die Örtlichkeiten zur Notfallversorgung sollen festgelegte Versorgungsstrukturen mit unterschiedlichen Ausprägungen und zuzuordnenden Versorgungsstufen aufweisen, was normativ und rahmend zugeordnet werden kann. Die einzelne Institution soll die konkrete Gewährleistung der makropolitisch, u. a. durch den G-BA, geforderten Strukturen, in der Örtlichkeit einer ZNA umsetzen. Dies kann dem Exosystem zugeordnet werden. Dort konkretisieren sich die Einflüsse auf das angestrebte Kompetenzverständnis für die Mitarbeiter. Zur weiteren Konzeption können abteilungsbezogene oder „hausinterne“ Verfahrensanweisungen legitim implementiert werden. Die Merkmale des ökologisch-systemischen Ansatzes und deren Einflüsse auf das jeweilige situativ-soziale Beziehungshandeln, lassen eine objektive Beschreibung von pflegerischem Handeln in Notfallsituationen jedoch nur eingeschränkt zu. Die Generierung der erforderlichen Objektivität im Rahmen einer kompetenzorientierten Prüfung und die zugehörige Festlegung prüfungsrelevanter Ein- und Ausschlusskriterien zur Vergleichbarkeit des Handelns, sind im Rahmen eines Notfallgeschehens durch vielfältige Faktoren erschwert. Hierzu eignet sich die weitere Überführung auf Prozessebenen, die das Notfallgeschehen ebenfalls immanent kennzeichnen.

Sie verfolgen das Ziel, dem Notfallpatienten die für seine jeweilige Manifestation notwendige Versorgung zukommen zu lassen. Die Gesamtbehandlung eines Notfalles in den bestehenden Strukturen der Notfallversorgung (vgl. Abb. 1) kann auf prozessualer Ebene beschrieben und als Arbeitsprozess abgebildet werden. Die im ersten Teil dargestellte Heterogenität des Handlungsfeldes, stellt im Versorgungsprozess von Notfällen eine bedeutende und einzigartige Struktur, sowohl für die Patienten und deren Angehörige, als auch für die dort tätigen Mitarbeiter dar. ZNA sind eine elementare Schnittstelle zwischen Außenwelt, ambulanten- wie auch prä- und innerklinischen Strukturen und nicht selten die erste Anlaufstelle/der erste Kontakt der mit Notfällen konfrontierten Betroffenen.<sup>248</sup>

### 4.1 Der Prozess der Gesamtbehandlung

Durch die Differenzierung in Versorgungsbereiche außerhalb und innerhalb der klinischen Strukturen, wird die Bedeutung der ZNA als Schnittstelle, mit den Eigenschaften einer hohen Dynamik und verbundenem Risiko zur Fehleranfälligkeit, hervorgehoben.<sup>249</sup> Die Betrachtung als Gesamtprozess bringt unterschiedliche Orientierungen mit sich. Für die

---

<sup>248</sup> vgl. Wedler et al. 2019, S. 4–6.

<sup>249</sup> vgl. Gräff et al. 2020, S. 1.

präklinischen Bereiche spielen die Aspekte „Zeit“ und „Zeitmanagement“ nach Alarmierung eine große Rolle. Hieraus leitet sich die Auswahl der „geeigneten“ Zielklinik, mit dort bestehender Infrastruktur, ihrer Organisation und ihrem Management, als weiterversorgende Einrichtung ab.<sup>250</sup> Die mit der Notfallsituation einhergehende Verbringung des Patienten in die ZNA und die dort sehr heterogen verlaufende Betreuung, Begleitung und Behandlung, weisen dennoch Parallelen auf den Struktur- und Prozessebenen<sup>251</sup> auf. So beinhaltet die primäre, symptomorientierte „Erstversorgung“ bei Ankunft in der ZNA eine (administrative) Aufnahme mit Erfassung der Situation und der Behandlungspriorität, einer Sammlung von Informationen durch z. B. Übergabeprozedere oder auch eine ärztliche Anamnese. Die resultierende Zuordnung zu Behandlungspfaden oder zum korrekten Fachbereich erfolgt durch eine orientierende (körperliche) Untersuchung sowie einen strukturierten, risikoadaptierten Diagnoseprozess. Dieser soll neben stabilisierenden Interventionen eine Arbeitsdiagnose ermöglichen und darauf aufbauend einen Behandlungspfad, ggf. unter konsiliarischer Einbindung weiterer Fachdisziplinen, initiieren. Am Ende erfolgen die Umsetzung, Sicherstellung und Evaluation der notwendigen, häufig stationären, effizienten Behandlung bei frühzeitiger Planung der Entlassung in den ambulanten oder häuslichen Bereich. Aufgrund der vorliegenden, meist sehr unspezifischen Klinik ist es nicht immer möglich, zeitnah eine eindeutige Diagnose zu stellen oder das richtige Fachgebiet korrekt zuzuordnen. ZNAs stellen dadurch komplexe Risikobereiche dar, die durch Situationsbezug mit Stress, Empathie und Reaktivität in sozialer Interaktion geprägt sind. Die qualitative und professionelle Gesamtbehandlung von Notfällen kann letztlich nur interdisziplinär und multiprofessionell sicher gewährleistet werden.

#### 4.1.1 Beschreibung der Gesamtbehandlung als Prozess

Der Autor schließt sich zur Gewährleistung der Gesamtbehandlung als Prozess einer ökonomisch geprägten Sichtweise auf die „Gesundheitswirtschaft“ und dem Verständnis zugrundeliegender, notwendiger Wertschöpfung an. Diese Sichtweise auf das zunehmend betriebswirtschaftlich orientierte Gesundheitswesen ermöglicht die Umlegung der Gesamtbehandlung aus makrosystemischer Sicht eines Notfalles auf die Inanspruchnahme der innerklinischen Strukturen. So ist die Zuordnung der jeweiligen institutionellen Prozesse zu einem „Haupt- oder Geschäftsprozess“ und seiner weiteren Einteilungen möglich. Der Autor orientiert sich hierbei an den Darstellungen nach GADATSCH.<sup>252</sup> Dieser benennt „*Steuerungs- oder Führungsprozesse*“, „*Kernprozesse*“ und „*Unterstützungsprozesse*“<sup>253</sup> als Ordnungskriterien und unterstützt damit eine auf diese

---

<sup>250</sup> vgl. Zimmermann et al. 2016, S. 244.

<sup>251</sup> Diese Beschreibung ist auch der persönlichen, beruflichen Erfahrungen als „face-validity“ des Autors aus einer teilnehmenden und beobachtenden Perspektive auf das Handlungsfeld, bundesweitem Kontakt mit Pflegekräften aus Notaufnahmeabteilungen, berufspolitischem Engagement wie leitend-gestaltendem Etablieren der Fachweiterbildung Notfallpflege nach den Empfehlungen der DGiNA e. V., geschuldet.

<sup>252</sup> vgl. Gadatsch. In: Mitrović 2006, S. 46–48.

<sup>253</sup> ebd.

Kriterien ausgerichtete Beschreibung der das Handeln beeinflussenden Prozesse. Bei der Gesamtbehandlung eines Notfallpatienten, im weiteren Verlauf „Patientenbehandlung“, werden die Begriffe „Haupt- und Führungsprozess“ synonym genutzt und der institutionellen Zielsetzung „[...] durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, [...]“<sup>254</sup> eines Krankenhauses zugeordnet. Dieses Verständnis von Prozessebenen ist geeignet, den mit einer Nutzung von merkmalsgeprägten Strukturen einhergehenden Ablauf der Patientenbehandlung und seine innewohnenden Handlungen systemisch zu erfassen und gleichzeitig chronologisch zu beschreiben.

#### 4.1.2 Beschreibung des „Workflow“

Weiter wird die getroffene Unterscheidung zwischen den Begriffen „Prozess“ und „Workflow“ als notwendig angesehen. Dies meint die Zuordnung eines Prozesses, z. B. eines Geschäftsprozesses, zur fachlich-konzeptionellen- (durch Beschreibung des „Was“) und die des „Workflow“ zur operativen Ebene (durch Beschreibung des „Wie“). Der Begriff „Workflow“ entspricht damit auch der Handlungsorientierung innerhalb der klinisch-praktischen Abschlussprüfung zur Abbildung der pflegebezogenen Handlungsprozesse und seiner Merkmale des Mikrosystems. Die getroffene Unterscheidung zwischen Prozessen und „Workflow“ bildet so in dieser Arbeit die weitere Grundlage zur Identifikation rahmender, komplexer und Heterogenitäts-unabhängiger Prüfungskriterien. Durch die Definition des „Workflow“ als

*„[...] ein formal beschriebener, teilweise automatisierbarer Geschäftsprozess [...] beinhaltet die zeitlichen, fachlichen und ressourcenbezogenen Spezifikationen, die für die Steuerung des Arbeitsablaufes auf der operativen Ebene erforderlich sind. Die hierbei anzustossenden Arbeitsschritte sind zur Ausführung durch Mitarbeiter oder durch technologische Hilfsmittel vorgesehen.“<sup>255</sup>*

kann darüber hinaus eine Orientierung an prüfungsrelevanten Aspekten vorgenommen werden. So werden der Situationsbezug und der Verfahrensablauf durch klare Zuordnungen zur operativen Ebene beschreibbar und zur Prüfungskonzeption nutzbar. Die operative Ebene entspricht der ökologisch-systemischen Sichtweise auf die Merkmale der Meso- und Mikroebenen, die, im Rahmen der Kompetenzentwicklung, beispielsweise in Form durchzuführender Arbeitsschritte unter Patienten- wie Prozessorientierung, in Erscheinung treten sollen. Die angestrebte Trennschärfe wird durch den unterschiedlichen Sprachgebrauch legitimiert. Formulierungen und Zuordnungen werden nicht immer eindeutig genutzt, inhaltlich erweitert oder auch bereits mit räumlichen, personellen, strukturellen oder auch apparativen Voraussetzungen verknüpft.<sup>256</sup> So scheinen übliche Begriffe wie der „Behandlungspfad“ oder der „Behandlungsprozess“ nicht umfänglich geeignet, die notwendige Trennschärfe zwischen strukturell rahmenden

---

<sup>254</sup> §107(3)1 SGB V

<sup>255</sup> Mitrović 2006, S. 15–16.

<sup>256</sup> vgl. Riessen et al. 2014a, S. 6.

Anforderungen an Prozesse auf der Makro- wie Exoebene und dem Workflow, ein durch Merkmale gekennzeichnetes, beschreibbares, unmittelbares Handeln auf Meso- und Mikroebene, abzubilden.

#### 4.1.3 Pflegebezogene Prozesse in der Patientenbehandlung

Für die Pflegenden liegt das Besondere einer Pflegesituation in der Notaufnahme<sup>257</sup> darin, dass dieser innerklinische Bereich nicht wie üblich in den anderen (Funktions-) Abteilungen über eine feststehende Diagnose verfügt, die neben einer schnellen und zielgerichteten Therapie auch die Etablierung des Pflegeprozesses ermöglicht. Vielmehr implizieren klinische Manifestationen ein meist rein symptomorientiertes Vorgehen in Abhängigkeit von Informationen Dritter, unter Einbeziehen von Bedürfnissen der Betroffenen. Hier gilt es, primär eine Handlungsdringlichkeit, nach der in einem multiprofessionellen Team eine schnellstmögliche Diagnosefindung erreicht werden soll, festzulegen. Der Schwerpunkt auf medizinische Aspekte und deren rechtssichere Umsetzung lässt, in Abhängigkeit der Handlungsdringlichkeit, eine frühzeitige Berücksichtigung und Umsetzung des Pflegeprozesses, z. B. die Feststellung des Pflegebedarfs oder die Pflegeplanung mit der Durchführung von Pflegemaßnahmen, nur sehr eingeschränkt zu oder wird durch andere Tätigkeiten verdrängt.<sup>258</sup> Insbesondere die in der Empfehlung der DKG verwendete Beschreibung zur Durchführung der praktischen Abschlussprüfung, konterkariert in der Lesart des Autors das Rollenverständnis einer Notfallpflegekraft und erschwert eine Kompetenzorientierung deutlich. So sollen die Teilnehmenden „[...] die Pflege eines Patienten oder einer Patientengruppe gemäß den Zielsetzungen der Weiterbildung planen, organisieren, durchführen, begründen und evaluieren.“<sup>259</sup> Die fehlende, pflegebezogene Perspektive auf die Notfallversorgung, als Mitglied des behandelnden Teams, schafft Irritationen, da Planbarkeit eben kein typisches Merkmal des situativ-sozialen Beziehungshandelns in der Notfallversorgung ist. Dies unterstreicht wiederum die Notwendigkeit zur Gestaltung und Umsetzung eines klinisch-praktischen Prüfungsverfahrens, welches sich an den prägenden Merkmalen der Strukturen und Prozesse des Handlungsfeldes orientiert. Das Verständnis der erwarteten „Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen“<sup>260</sup>, im DQR-Niveau sechs ebenso, wie unter ökologisch-systemischer Berücksichtigung, soll abzubilden und vergleichbar sein. Konkrete pflegebezogene Prozesse für die ZNA in Deutschland lassen sich aktuell aus der Literatur lediglich abstrahieren, sind maßgeblich beeinflusst von der jeweiligen ZNA und Gegenstand berufswissenschaftlicher und fachlicher Diskussionen.<sup>261</sup> Die Gestaltung des Erstkontaktes mit ihrer erforderlichen Einschätzung der Handlungsdringlichkeit und die resultierende

---

<sup>257</sup> vgl. Dittrich et al. 2017, S. 525.

<sup>258</sup> vgl. ebd. S. 521.

<sup>259</sup> Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019c, S. 14.

<sup>260</sup> Bundesministerium für Bildung und Forschung.

<sup>261</sup> vgl. Weigl et al. 2021, S. 232.

Zuweisung zu Behandlungspfaden sind hierunter zu zählen. Diese werden meist durch die Pflegenden beschieden und initiiert<sup>262</sup> und können in Form pflegebezogener Prozesse abgebildet werden. Das erforderliche Priorisieren und das zielgerichtete Vorgehen sind von Informationen und den vorhandenen Möglichkeiten zu deren Erfassung abhängig. Es werden Kompetenzen für ein strukturiertes Vorgehen, das Sprechen einer sog. „gemeinsamen Sprache“ zwischen den einzelnen prä- und innerklinischen Strukturen, handelnden Personen und Disziplinen und die zielgerichtete Inanspruchnahme aller zur Verfügung stehenden, strukturellen, personellen wie apparativen Ressourcen benötigt.<sup>263</sup> Dies dient in den Notaufnahmeabteilungen meist der initialen Stabilisierung von, durch die klinischen Symptome eingeschätzten, akuten und/oder zeitkritischen Situationen einzelner, aber auch koordinierend und gewährleistend von mehreren Patienten gleichzeitig. Hierzu muss eine Berücksichtigung der institutionellen, organisatorischen Einbettung in den Versorgungsauftrag der Sicherstellung der Patientenbehandlung eines Notfalles erfolgen. Das situativ-soziale Beziehungshandeln in ZNA weist insgesamt maßgebliche Anteile kommunikativer und dokumentierender Tätigkeiten auf.<sup>264</sup> Dabei sind differente und uneinheitliche Abläufe im Zusammenspiel der einzelnen Disziplinen und Professionen untereinander logische Konsequenz und eine Objektivierbarkeit deutlich erschwert.

Zum Erreichen einer objektiven und vergleichbaren Prüfungsleistung in der Notfallpflege ist eine belastbare Bestimmung ähnlicher, wenn nicht gar identischer Prozesse, von Nöten. Eine Möglichkeit dazu kann durch die Identifikation von übergeordnet, rahmenden Arbeitsabläufen und Prozessen erfolgen. Dies wird sinnführend durch die ökologisch-systemische Sichtweise, unter Berücksichtigung der Merkmale der Makro- und Exosysteme, auf institutionelle und abteilungsbezogene Zielsetzungen unterstützt. Die mit der jeweiligen Systemzuordnung einhergehende Bedeutung „Bottom up“-Perspektive, identifiziert das Handeln beeinflussende Merkmale. Dies wird erneut aufgegriffen, miteinander in Beziehung gesetzt und in Prozessmerkmale überführt. Dies dient ebenso der Beschreibung Handlungsfeldes. Die relevanten, berufstypischen Arbeitsprozesse müssen zur Konzeption erfasst und analysiert werden.<sup>265</sup> Diese Aspekte werden im weiteren Verlauf nach dem gegenläufigen „Top-Down“-Prinzip auf ihre Belastbarkeit und Eignung zur klinisch-praktischen Abschlussprüfung geprüft und übertragen.

#### 4.1.4 Ökologisch-systemisches Workflow- und Prozessverständnis

Merkmale der übergeordneten Systeme bestimmen das konkrete situativ-soziale Beziehungshandeln Pflegender im Handlungsfeld der ZNA. Dies ist neben der Merkmalsprägung ebenfalls prozessorientiert. Für die Konzeption der klinisch-

---

<sup>262</sup> vgl. Dormann und Christ 2019, S. 377.

<sup>263</sup> vgl. Wedler et al. 2018, S. 309.

<sup>264</sup> vgl. Weigl et al. 2021, S. 235.

<sup>265</sup> vgl. Muster-Wäbs und Schneider 2001, S. 45.

praktischen Abschlussprüfung sind die Merkmale der beeinflussenden Systeme mit ihren Strukturen, ebenso wie die auf ihren jeweiligen Ebenen hinterlegten, das Handeln beeinflussenden Prozesse, von Relevanz. Die Konzeption der Prüfung erfolgt sinngemäß unter ökologisch-systemischem Verständnis auch für die Prozesse. Der für die Prüfung vorgeschlagene Referenzrahmen leitet sich von den dortigen Realitätsebenen ab. In erster Linie erfährt die klinisch-praktische Abschlussprüfung unter dem Kompetenzverständnis eine Legitimierung. Ebenso können die Merkmale der Ebenen für die Prüfungskonzeption losgelöst der Zugehörigkeit zu den Versorgungsstufen der entsendenden ZNA zusammengefasst werden. Dies verfolgt das Ziel, unabhängig des Krankheitsbildes, seiner klinischen Manifestation oder der bestehenden Leitsymptomatik, eine vergleichbare Ausgangslage zu schaffen. Entsprochen werden soll auch den jeweiligen Zielsetzungen der Ordnungsmittel unter der Perspektive des, für einen Subjekt- und Situationsbezug erforderlichen, Fallverstehens. Durch dieses gestaltende und planende Vorgehen wird das Format der klinisch-praktischen Simulation von Notfallsituationen als Abschlussprüfung unterstützt und argumentativ durch Vergleichbarkeit gestärkt. Weitere gestalterische Aspekte werden durch die Darstellungen der immanenten Prozesse und deren Zusammenführung mit dem ökologisch-systemischen Ansatz möglich. In einem ersten Schritt konnte durch das analytische Potenzial die Bestimmung der für die Prüfung geeigneten Notfallpatienten/-patientengruppen gelingen. Die jeweilige Ausprägung der in Frage kommenden Leitsymptome oder anderer klinischer Manifestationen wird dem Kompetenzverständnis entsprechend anhand der MTS – Kategorien primär gelb/sekundär orange oder der ESI-Kategorien primär drei/sekundär zwei definiert. Die dem Handlungsfeld zugehörigen strukturellen Bezüge sind durch die Festlegung des Zubringens zur ZNA in Form eines Transportes mit dem Rettungstransportwagen (RTW) und dem Rettungsdienstpersonal ohne Notarztbegleitung dargelegt und begründet. Sie weisen einen weiteren Bezug zu den Merkmalen der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität auf.

Die Aspekte konnten bei der Beschreibung des Handlungsfeldes identifiziert und, unter Vermeidung der Reduktion der Komplexität des Notfallgeschehens, rahmend-konzeptionell nutzbar gemacht werden. Auf dieser Grundlage wird das fachlich-konzeptionelle „Was“ auf die Auswahl der geeigneten Prüfungssituationen, als Referenz für Merkmale des hinterlegten Kompetenzverständnisses, auf der Ebene des Exosystems verdichtet. Im Mesosystem erfährt dieser Referenzrahmen durch die Beschreibung des Workflows, bezeichnet als das „Wie“, einen eindeutigen und konkreten Bezug. Dieser ist im Idealfall abgestimmt zwischen der Weiterbildungsstätte und der entsendenden ZNA oder der dort verantwortlichen Praxisanleitung. Damit werden die Festlegung und Auswahl der dort üblichen und typischen Verfahren und Abläufe, z. B. in Form der Berücksichtigung von dem Absolventen bekannten SOP, ermöglicht. Die Operationalisierung der Prüfung wird für das Mikrosystem ZNA als Beschreibung des abgestimmten Workflows, unter Prozessorientierung und erwarteten Entwicklungserscheinungen, finalisiert, jedoch nicht abschließend in die entsendende

ZNA lokalisiert. Dies meint eine generelle, auch defizitäre, Bestimmung der Merkmale in Strukturen und Prozessen, unabhängig einer Überprüfung in der jeweiligen Abteilung oder im Rahmen einer Simulation. Der merkmalsgeprägte und prozessorientierte Referenzrahmen der klinisch-praktischen Abschlussprüfung kann als dem Exosystem zugeordnet definiert werden. Die damit einhergehenden, gestalterischen Freiheitsgrade sind durch die den Bildungsanbietern obliegende, curriculare Ausgestaltung der normativen Vorgaben einerseits, andererseits auch durch die Heterogenität des Handlungsfeldes legitimiert. In Ergänzung zum Prüfungsverständnis aus ökologisch-systemischem Ansatz (s. S. 20) kann dieses um die prozessualen Ebenen erweitert werden.

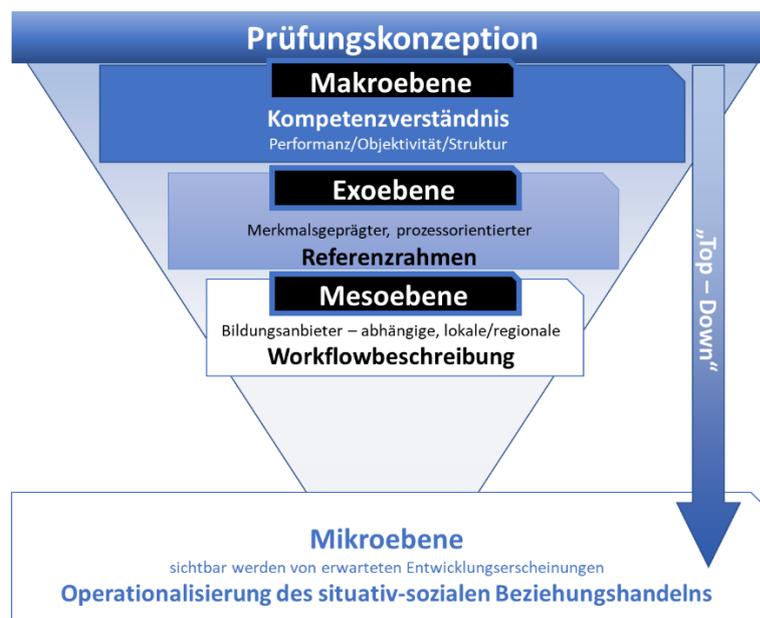


Abbildung 4: Prüfungskonzeption unter ökologisch - systemischem Workflow- und Prozessverständnis; eig. Darstellung.

Die konkrete Prüfungskonzeption auf der Mesoebene wird von daher definiert als ein: **„Bildungsanbieter-abhängiges Verfahren, welches, unter Berücksichtigung des aus den makrosystemischen Bezügen abgeleiteten Referenzrahmens auf der Exoebene, eine Adressaten- wie Handlungsfeldorientierung des jeweiligen Mikrosystems der „Abteilung ZNA“ ermöglicht. Dabei werden insbesondere die Strukturen und Merkmale der regionalen wie lokalen Gegebenheiten berücksichtigt und in die Beschreibung des Workflows inkludiert.“**

Hierbei können die wechselseitigen Beziehungen im Mesosystem zwischen dem Bildungsanbieter und der jeweiligen ZNA als unterstützend bewertet werden. Die Adressatenorientierung bildet wesentlichen Anteil am Sichtbarwerden der aktiven, kooperativen und konstruktiven Entwicklungserscheinungen im situativ-sozialen Beziehungshandelns. Die Prüfungskonzeption auf der Mikroebene wird daraus abgeleitet und definiert als:

**„Operationalisierung der sichtbar werdenden, erwartbaren Entwicklungserscheinungen im situativ-sozialen Beziehungshandeln unter Performanz bei der prozessgesteuerten, symptomorientierten und interdependenten Versorgung eines Notfallpatienten.“**

Die Mesebene stellt in diesem Verständnis eine rahmende Beschreibung des Fallbezuges dar. Sie erlaubt Freiheiten im konkreten Handeln in der Notfallversorgung, zur Prozessorientierung bei der Interaktion mit den festgelegten Prüfungspatienten/-patientengruppen. Die Operationalisierung auf der Mikroebene erfolgt dann durch die detaillierte Ausarbeitung des zugehörigen Fallverstehens<sup>266</sup> und seiner Entwicklungserscheinungen im Kontext der prozessgesteuerten Notfallversorgung. Dies meint das Leitsymptom-orientierte, situativ-soziale Beziehungshandeln in der jeweiligen Prüfungssituation. Die zugehörige Identifikation notwendiger, immanenter Prozesse wird in den folgenden Kapiteln erläutert.

#### 4.2 Prozessidentifikation aus ökologisch-systemischer Perspektive

Diese zusammenführende Betrachtungsweise des analytischen Potenzials von BRONFENBRENNERS Ansatz mit einem Prozessverständnis, ist unter den Aspekten der Objektivität von Prüfungen und der Vergleichbarkeit von Prüfungsleistungen im Rahmen der Konzeption attraktiv. Sie ermöglicht die systemische Zuordnung übergeordneter, qualitativer und rechtlicher Rahmenbedingungen des Führungsprozesses durch die strukturelle Kopplung mit der Institution Krankenhaus auf die Makroebene. Dies entspricht auch dem Verständnis, die beschriebenen komplexe, individuelle Patientenbehandlung, im System der Gesundheitsversorgung und speziell im Handlungsfeld der ZNA, zu verstehen, zu beschreiben und darzustellen. Die dem Führungsprozess „Patientenbehandlung“ zugehörigen Kernprozesse „Aufnahme“, „Behandlung“ und „Entlassung“ sind in Bezug auf die Notfall- und Akutversorgung unabhängig der übergeordneten (Nicht-)Zugehörigkeit der jeweiligen Institution Krankenhaus zu Versorgungsstufen von Relevanz, da jedes Krankenhaus Örtlichkeiten zur Notfallversorgung vorhalten muss (s. S. 39). Die daraus resultierende Zuordnung der Organisationseinheit ZNA zu dem Kernprozess „Aufnahme“ ist damit eine logische Konsequenz und Ergebnis aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Kapitel. Dies kann auch hinsichtlich der beschriebenen Zielsetzungen, abgeleitet aus den definierten Teilprozessen (s. u.) und deren hinterlegten Strukturmerkmalen, sowohl auf der Ebene der Institution als auch der Organisationseinheit, bestätigt werden. Hierzu werden sowohl das Erfassen administrativer und medizinischer Daten zur Rechnungslegung und Leistungserbringung, das Erfassen medizinischer Daten und weiterer Informationen zur Therapieentscheidung als auch die zugehörige Verbringung des Patienten, mit einhergehender Abstimmung, Festlegung und Inanspruchnahme der benötigten Strukturen und Ressourcen, gezählt. Die auf Makroebene definierten Ziele und Strukturen

---

<sup>266</sup> vgl. Friesacher 2015, S. 213.

lassen sich einerseits als übergeordnete Rahmenbedingungen unter der strukturellen Kopplung an die Institution Krankenhaus verstehen.



Abbildung 5: Das Handlungsfeld und seine prozessualen Bezüge<sup>267</sup>; modifizierte Darstellung auf der Grundlage von Mitrović 2006, S. 49.

Die Überführung von Qualitätsanforderungen<sup>268</sup> in die Organisationseinheit ZNA und deren spezifische Adaptionen der strukturellen (s. S. 39) wie normativen Vorgaben andererseits, verdeutlicht die Sinnführung der zu bestimmenden ökologisch-systemischen Sichtweise. So kann die ZNA im Kontext ihrer Teilnahme an der Notfallversorgung als Organisationseinheit sowohl dem Makrosystem als auch dem Exosystem zugeordnet werden. Mit der makrosystemischen Perspektive liegt das Verständnis fokussiert auf der anteiligen Patientenbehandlung. Hierbei sind die vorgeordneten Strukturen und deren Prozesse, wie z. B. die Präklinik in Form des Rettungsdienstes oder auch angrenzende Versorgungsbereiche, wie z. B. andere Abteilungen und Stationen, von Relevanz. Auch die resultierenden Teil- und Subprozesse sind damit rahmend und immanent, wiederum unabhängig der (Nicht-)Zugehörigkeit zu Versorgungsstufen der jeweiligen ZNA.

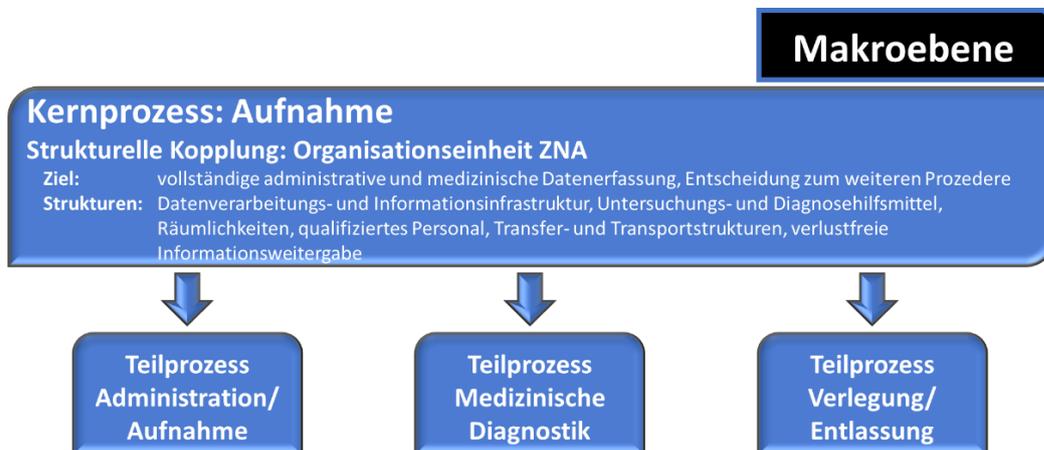
Die mit dem Exosystem einhergehende Perspektive auf die jeweilige ZNA wiederum erlaubt, die dem Kernprozess Aufnahme<sup>269</sup> zuzuordnenden und zugehörigen Teil- und Subprozesse für die Prüfungskonzeption, als indirekt das konkrete Handeln beeinflussend zu berücksichtigen. Für die Prüfung stellt die Perspektive auf die Exoebene damit mögliche Freiheitsgrade dar, die in Abhängigkeit zur makrosystemischen Organisationseinheit ZNA vergleichbar werden. In Summe ergeben sich Abgrenzungen zu Behandlungsschritten in einem situativen „Workflow“ unter Berücksichtigung der angestrebten Objektivität. Dieses wird auf den Ebenen der Meso- und Mikrosysteme als Referenz des unmittelbaren

<sup>267</sup> angelehnt an Mitrović 2006, S. 49.

<sup>268</sup> vgl. §137 ff. SGB V

<sup>269</sup> Die Organisationseinheit ZNA steht dabei im Fokus dieser Arbeit, die anderen Bereiche, die dem Kernprozess „Aufnahme“ zugeordnet werden können (z. B. die präoperative, stationäre oder rein administrative Aufnahme vor elektiven Eingriffen) werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt. Auch sind die weiteren Kernprozesse „Behandlung“ und „Entlassung“ nicht Gegenstand dieser Arbeit, weshalb die dortigen Teilprozesse nicht bearbeitet werden.

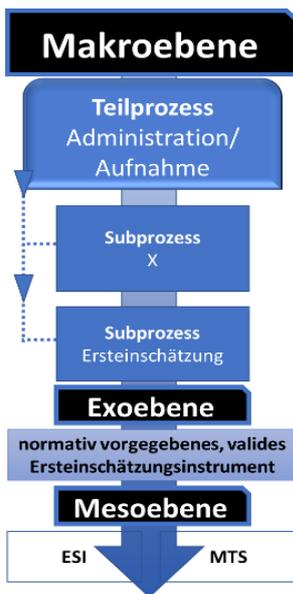
Handeln beschreibbar. Bei allen sehr individuellen Behandlungsverläufen, in dem Zusammenhang bedingt auch durch die Kohärenz der beschriebenen Rahmenbedingungen wie Strukturen, können, abgeleitet aus dem Kernprozess „Aufnahme“, trotz der Heterogenität der jeweiligen Organisationseinheit ZNA, letztlich die drei Teilprozesse (TP) „administrativer Aufnahmeprozess“, „medizinischer Diagnostikprozess“ und der „Verlegungsprozess“ zugeordnet werden:



**Abbildung 6: Teilprozesse der Organisationseinheit ZNA; modifizierte Darstellung auf der Grundlage von Mitrović 2006, S. 51.**

Dies ist darüber hinaus auch integrales Verständnis der Ausrichtung von (internationaler) Notfallversorgung im Berufsbild und Rollenverständnis von Pflegekräften in ZNA. Sie sind legitimierend für übergeordnetes Rollen- und Berufsbildverständnis in Überführung zu BRONFENBRENNER. „*The role of an emergency room registered nurse is to expedite the process of moving the patient from registration to discharge in a timely, thorough manner with the highest patient satisfaction.*“<sup>270</sup> Die Behandlung eines Notfallpatienten, mit dem für diese Arbeit relevanten Kernprozess und seiner Teilprozesse in der Organisationseinheit ZNA, sind im jeweiligen Workflow sehr unterschiedlich und von den Ereignissen (s. S. 21-23) auf der Exoebene indirekt beeinflusst. Den Teilprozessen weist MITROVIĆ im Top-Down-Verfahren Beschreibungen und Zielsetzungen, sowie weitere acht Subprozesse zu. Sie scheinen in ihrem Grundsatz geeignet, in die Beschreibung des Workflows auf der Mesoebene zur chronologischen, prozessual orientierten Steuerung notwendiger Arbeitsschritte überführt zu werden. Diese stellen als rahmende Kategorien beeinflussende Faktoren zur Beschreibung und Umsetzung pflegebezogener Prozesse im situativ-sozialen Beziehungshandeln in Notfallsituationen in der ZNA dar. Sie bilden damit die Referenz für Inhalte der klinisch-praktischen Abschlussprüfung, in Form von Prüfungsitens.

<sup>270</sup> Schoeppner 2017, S. 16.



Die Gestaltung dieser maßgeblich exosystemischen Perspektive auf die jeweilige ZNA, mit ihren institutseigenen Einflüssen auf die Teil- wie Subprozesse, soll auch unter Zuhilfenahme des Beispiels der Ersteinschätzung verdeutlicht werden. Im Rahmen der Notfallversorgung auf Makroebene der Organisationseinheit ZNA mit ihrem Kernprozess „Aufnahme“ ist rechtsverbindlich der Einsatz eines strukturierten Ersteinschätzungsinstrumentes vorgesehen. Dieses ist mittlerweile eine delegierbare und etablierte, pflegebezogene Aufgabe (s. S. 60). Die beiden in Deutschland validierten Instrumente sind das ESI und das MTS.

Abbildung 7: Exemplarische Objektivität in Teil- und Subprozessen: Subprozess Ersteinschätzung in ökologisch-systemischer Überführung auf die Organisationseinheit ZNA; eig. Darstellung.

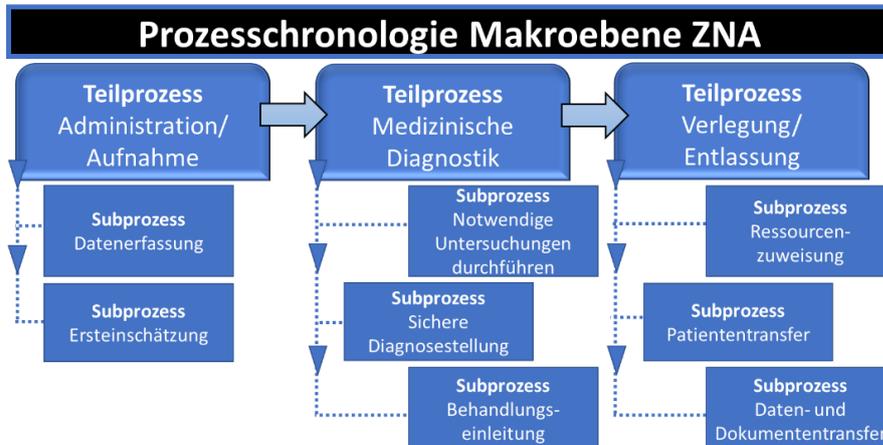
Auf der Exoebene ist damit beeinflussend auf den Teilprozess „Aufnahme/Administration“ die verbindliche Umsetzung eines der beiden möglichen Instrumente anzusehen. Das Beispiel dient der exemplarischen Überführung des ökologisch-systemischen Ansatzes auf die Prozessebene des Exosystems, welche sinnführend den rahmenden Freiheitsgrad als Referenz für den Workflow und seine Beschreibung in der klinisch-praktischen Abschlussprüfung verdeutlicht. So wird auch die Wechselbeziehung zwischen normativen Vorgaben und geltenden Verordnungen<sup>271</sup> und der Empfehlung<sup>272</sup> zur Weiterbildung ersichtlich. Ebenso gelingt damit eine Verzahnung mit dem analytischen Potenzial durch die Überführung der Ersteinschätzung als immanentes Merkmal der, sowohl für den beruflichen Alltag als auch für die Prüfung, relevanten Gestaltung des Erstkontaktes.

Im Exosystem der Organisationseinheit ZNA kann so ein „Freiheitsgrad“ nachvollzogen werden, der dann auch für das konkrete Handeln auf der abstimmenden Meso- wie der operativen Mikroebene Bedeutung hat. Im Rahmen der klinisch-praktischen Abschlussprüfung ist insofern die rahmende Festlegung aus makrosystemischer Perspektive zu treffen. Dies meint hier den vorgegebenen Einsatz eines validen Ersteinschätzungsinstrumentes im Kernprozess Aufnahme mit seinem zugeordnetem Teilprozess „Administration/Aufnahme“ und seinem zugehörigen Subprozess „Ersteinschätzung“. Auf der Ebene des konkreten Workflows ist damit ein freiheitlicher Arbeitsschritt identifiziert, der in der Auswahl des Instrumentes durch die jeweilige Organisationseinheit besteht. Anhand dieses Beispiels kann verdeutlicht werden, dass der Dialektik zwischen Objektivität und Heterogenität der Organisationseinheiten aus der Perspektive der Exoebene, unabhängig der einzelnen Bildungsanbieter, begegnet werden kann.

<sup>271</sup> vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 1.

<sup>272</sup> vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019a, S. 7.

Die das situativ-soziale Beziehungshandeln indirekt beeinflussenden Subprozesse in der jeweiligen ZNA sind darüber hinaus als sich bedingend und weitestgehend voneinander abhängig zu beschreiben. Die Nichtbeachtung oder auch der Wegfall eines der Subprozesse kann die Notfallversorgung insgesamt oder auch in Teilaspekten beeinflussen. Dies meint (vgl. Abb. 8), dass, je nach objektiver wie subjektiver Wahrnehmung der Dringlichkeit zur Behandlung eines Notfallpatienten, ein gleichförmiger und kongruenter Ablauf der Versorgung nicht immer gewährleistet ist oder abgebildet werden kann. So ist beispielsweise die interventionelle Einflussnahme auf die Abwendung einer akuten Lebensgefahr nicht primär von der administrativen Datenerfassung abhängig. Gleichwohl besteht zur Rechnungslegung der im Rahmen dieser Versorgung erbrachten Maßnahmen ein begründetes Interesse zur Abrechnung auf institutioneller Seite. In Abhängigkeit der klinischen Manifestation des Notfallpatienten werden die abgebildeten Subprozesse unter dem Teilprozess „Medizinische Diagnostik“ in der Praxis häufig parallel oder in veränderter Reihenfolge durchgeführt werden. Diese Aspekte verstärken die bereits angeführte situative Dynamik und die deutlich eingeschränkte Planbarkeit des Notfallgeschehens. Damit ist die Annahme der erschwerten Vergleichbarkeit klinisch-praktischer Prüfungen auch unter prozessualen Merkmalen beschrieben. Die Berücksichtigung der Teil- und Subprozesse ermöglicht jedoch eine erste Annäherung an einen klar strukturierten, chronologischen Verfahrens- und Prüfungsablauf.



**Abbildung 8: Teil- und Subprozesse als chronologischer Ablauf; modifizierte Darstellung auf der Grundlage von Mitrović, S. 51.**

So können, unabhängig des den zu Prüfenden entsendenden Handlungsfeldes und seiner Zugehörigkeit zu einer Versorgungsstufe, vergleichbare Prozesse identifiziert und im Rahmen der inhaltlichen Gestaltung und Umsetzung der praktischen Abschlussprüfung abgebildet werden. Sie unterstützen und legitimieren damit das merkmalsgeprägte, prozessorientierte Vorgehen<sup>273</sup> zur Konzeption der klinisch-praktischen Abschlussprüfung unter der angestrebten Vergleichbarkeit. Rückbeziehend zum Handlungsfeld lässt sich konstatieren, dass das zugrunde gelegte Kompetenzverständnis für alle

<sup>273</sup> vgl. Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, S. 68.

Versorgungsstufen Gültigkeit besitzt und die Konzeptionierung in diesem Kontext keine Einschränkungen für Prüfungsfälle bedeutet. Es wird im Gegenteil ersichtlich, dass die zu prüfenden Situationen derart zu gestalten sind, dass sie der Alltagsrealität der Absolventen der entsendenden Institutionen aller Versorgungsstufen, auch bei deren Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, entsprechen. Eine kongruente Gestaltung der fallspezifischen Ausgangslage durch definierte Anfangsbedingungen der Prüfung, ist dabei wesentlich. Neben immanenten Merkmalen von Prozessen müssen strukturelle Festlegungen getroffen werden. Hierzu gehören ein einheitliches Defizitverständnis, die den Verlauf prägende Auswahl der Prüfungspatienten und deren klinisch ausgeprägtes Bild, die Art ihrer Verbringung in das jeweilige Handlungsfeld und die personellen, organisatorischen und apparativen Rahmenbedingungen, die sich aus dem Referenzrahmen der Exoebene ergeben.

Die immanenten Teil- und deren Subprozesse bedürfen jedoch noch weiterer Überprüfungen, da einerseits die gemeinsame Leistung des behandelnden interdisziplinären und multiprofessionellen Teams für den Behandlungserfolg maßgeblich ist.<sup>274</sup> Andererseits müssen sowohl die rahmenden Prozesse als auch die konkreten Interventionen im Workflow mit den geschilderten, besonders den rechtlichen, Aspekten hinsichtlich des Pflegebezugs und der einhergehenden Verantwortungen abgeglichen werden. Mit dem Begriff „Kernprozess“ stehen pflegerische Interventionen direkt oder auch indirekt in Verbindung. Das sind die Umsetzung der administrativen Notfallaufnahme, der Ersteinschätzung, der Anamnese und Untersuchung, der Diagnostik, der Behandlung und der Entscheidung „ambulant/stationär“ in ihrer beschriebenen, meist chronologischen Abfolge.<sup>275</sup> Unter juristischer Perspektive sind die gewählten Formulierungen „Anamnese“, „Diagnostik“ und „Therapie“ von besonderer Relevanz, da sie höchstpersönliche, ärztliche Leistungen mit fehlender Rechtssicherheit bei Delegation und Substitution<sup>276</sup>, auch ihnen zugehöriger Teilaspekte, darstellen können. Sie sind damit sehr eingeschränkt oder nur im interdisziplinären Kontext als pflegebezogene Prozesse für die klinisch-praktische Abschlussprüfung geeignet. Eine solche Assoziation wird häufig mit Begriffen wie „Assistenz“ oder „Mitwirken“ bei den medizinischen Interventionen hergestellt.<sup>277</sup>

Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Subprozesse zu modifizieren und um Aspekte mit hoher Relevanz als typische pflegebezogene Prozesse in ZNA zu konkretisieren oder zu erweitern. Neben den strukturellen und normativen Merkmalen können aktuelle Diskussionen in einschlägiger Fachliteratur unterstützen. Diese ermöglichen die Implementierung und Konkretisierung von prägenden Merkmalen, z. B. die Bezugssysteme im Schnittstellenverständnis wie dem Rettungsdienst und angrenzenden Versorgungsbereichen. Ebenso charakterisieren sie die jeweilige Notfallsituation mit

---

<sup>274</sup> vgl. ACEP Board of Directors 2016, S. 142–143.

<sup>275</sup> vgl. Gries et al. 2020, S. 5.

<sup>276</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt 2008, A 2174.

<sup>277</sup> vgl. exemplarisch: Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, S. 67.

Interdisziplinarität unter Berücksichtigung der Dynamik des Notfallgeschehens mit zugehöriger (Re-)Evaluation getroffener Beobachtungen und Interventionen. Diese sind als reflexive Handlungsalternativen oder auch unter den Aspekten der Patienten- wie Mitarbeitersicherheit in die Prüfungsgestaltung auf der Mesoebene zu inkludieren. Ihre Umsetzung, in Form einer Operationalisierung des zugehörigen Workflows auf der Mikroebene, ist damit legitimiert. Die dem Mikrosystem zuordenbaren Entwicklungserscheinungen, wie die Aspekte Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, sind in den Strukturen durch Prozesszugehörigkeit zu definieren und sowohl in Form von Ein- und Ausschlusskriterien für Prüfungsfälle, als auch in interdisziplinären Kontext zu überführen. Die im folgenden Verlauf dargestellten Erweiterungen/Modifikationen speisen sich aus den bisherigen Erkenntnissen und aus aktueller Literatur. Sie werden als rahmende Zielsetzungen der einzelnen Teilprozesse sinnführend und pflegebezogen definiert.

#### 4.2.1 TP „Administration/Aufnahme“ und seine pflegebezogenen Subprozesse

Der Aufnahmeprozess soll durch eine möglichst korrekte Erfassung administrativer und, soweit möglich, umfassender Informationen sowie medizinischer Daten als Grundlage der Leistungserbringung und Rechnungslegung dienen. Diese Daten sind vielfältig und ihre Erhebung ist auf unterschiedliche Weise möglich. So stellen Informationen mit persönlichen oder gesundheitsfachlichen Informationen, mitgeteilt durch die Betroffenen selber oder durch Dritte, die zur nachvollziehbaren Inanspruchnahme der Notfallversorgungssysteme führen, die Grundlage für einen priorisiertes, weiteres Vorgehen. Von Interesse sind solche zum Ereignis/Geschehen, zur aufgetretenen Symptomatik oder zum Hergang, zum Verlauf oder auch zur vorgefundenen Situation. Medizinische Daten, bestehende Vorerkrankungen und begründete Entscheidungen zu eingeleiteter Therapie, führen letztlich zur risikoadaptierten Entscheidungsfindung anhand des geschildert-subjektiven wie zuschreibbar-objektiven Zustands des Notfallpatienten. Sie bringt im interdisziplinären Kontext und multiprofessionell abgestimmt eine Fortführung, Änderung oder auch Erweiterung der eingeleiteten Therapie mit sich. Hierbei ist die Orientierung an Symptomen oder auch die Fokussierung auf ein Leitsymptom obligat. Das Abstimmen einer Arbeitsdiagnose erfolgt dann nach einer ersten Stabilisierung oder Linderung dieser Symptome. Anhand dieser Orientierung können, unter Umständen konsiliarisch gestützt, die Verbringung, zu der dem Patienten angemessenen Therapie am bestmöglichen Ort, erfolgen. Die initial dazu eingesetzten personellen Ressourcen der ZNA bestehen meist aus Pflegekräften, die insbesondere die Gestaltung des Erstkontaktes prägen. Diese arbeiten mit Abteilungen und Organisationen zusammen, die im Verständnis der ZNA als Schnittstelle prä- und innerklinische Bezüge aufweisen. Diese Schnittstellen stellen Übergänge im Versorgungsprozess dar. Dahingehend kommt der ZNA eine zentrale Rolle hinsichtlich der Patientensicherheit und der damit einhergehenden Gewährleistung der hohen Versorgungsqualität zu.

Die Verbringung des Patienten in die ZNA ist auf verschiedenen Wegen möglich und bestimmt damit maßgeblich die Ausgangslage für Prüfungsleistungen durch die möglichst kongruenten Startbedingungen. In Abhängigkeit der Literatur nehmen 50-70 % der Patienten<sup>278, 279</sup>, die eine ZNA aufsuchen, diese als sog. Selbsteinweiser („walking emergencies“) in Anspruch. Von denen sind, wiederum literaturabhängig, bis zu 20 % akut vital gefährdet oder erkrankt.<sup>280</sup> Zur angestrebten Vergleichbarkeit ist eine entsprechend sorgfältige und begründete Verbringung zu gewährleisten. Sie hat damit Einfluss auf die Auswahl der Prüfungspatienten, die unter dem Kriterium der Objektivität als geeignet erachtet werden können und ist und daher von entscheidender Bedeutung für faire und vergleichbare Ausgangsbedingungen im Prüfungsverfahren. Eine derartige Festlegung kann erfolgen, indem die Verbringung definiert ist. Nach Ansicht des Autors eignet sich die Ankunft mit dem Rettungswagen ohne Notarztbegleitung (s. S. 46). Einerseits werden die Merkmale der immanenten Bezüge des Handlungsfeldes zu vorgelagerten Systemen und deren Strukturmerkmalen berücksichtigt. Andererseits wird auch der potenziellen Vielfalt des Notfallfallgeschehens zur Datenlegung und Informationskongruenz begegnet. Dies meint eine sicherzustellende Objektivität zum Erlangen von relevanten Daten. So kann eine vollständige und fachlich relevante Informationsweitergabe von medizinischen Laien, z. B. durch die Betroffenen selbst oder auch durch deren Angehörige, die die ZNA selbstständig aufsuchen, nicht vorausgesetzt werden. Ebenso ist das Vorliegen von relevanten Dokumenten, wie beispielweise aktueller Medikamentenpläne, nicht sicher zu gewährleisten und schafft damit potenziell vermehrt Variablen, die eine faire und vergleichbare Prüfungsbewertung bereits durch stark differierende Ausgangslagen, insbesondere die Qualität der zu transportierenden Informationen, erschweren. Für die Gestaltung ist dies darüber hinaus für die Absolventen von Relevanz. So ermöglicht diese Festlegung eine (telefonische) Ankündigung des Patienten, z. B. durch die Leitstelle, womit eine typische Vorbereitungszeit, die gleichzeitig der beruflichen Praxis bei nicht lebensbedrohlichen Zuständen entspricht, ermöglicht wird. Damit kann ebenso eine Gelegenheit zur selbstständigen Beeinflussung der Situation (s. S. 16) zugeschrieben werden.

Unter dem Verständnis der ZNA als Risikobereich sind immanente Übergabeprozesse zwischen den Schnittstellen und innerhalb des behandelnden Teams Fehlerquellen für den inadäquaten Transport von Informationen.<sup>281</sup> Dies kann konsekutiv zu Missverständnissen führen und damit den Behandlungserfolg und die Patientensicherheit gefährden.<sup>282</sup> Die Krankengeschichte als besonderen Teil der wegführenden (z. B. durch diagnostische Möglichkeiten) Priorisierung zu verstehen, ist auch aufgrund der begrenzten Ressourcen von hoher Relevanz. Hierbei haben sich Algorithmen bewährt und sind in vielen Fällen etabliert. Durch die den BPR und den SAA zugrunde liegenden

---

<sup>278</sup> vgl. Gries et al. 2017, S. 309.

<sup>279</sup> vgl. Kirsch et al. 2014, S. 422.

<sup>280</sup> vgl. Gries et al. 2011, S. 71.

<sup>281</sup> vgl. St. Pierre und Hofinger 2020, S. 17–18.

<sup>282</sup> vgl. Waeschle et al. 2015, S. 693.

Orientierungen an einheitlichen Abläufen, sind diese Algorithmen festes Instrumentarium für strukturierte Herangehensweisen. Informationsgewinnung, medizinische Daten und auch die ärztliche Anamnese sind Teil solcher Algorithmen. Dies kann beispielsweise durch die Formulierungen „Environment & Anamnese“ im c-ABCDE-Schema<sup>283</sup> oder „Past Medical History & Events“ im SAMPLER-Schema<sup>284</sup> nachvollzogen werden.<sup>285</sup> Das ihnen zugrunde gelegte Verständnis kann kommunikativ Informationsverlusten vorbeugen und damit die Patientensicherheit erhöhen.

Die wesentlichen Faktoren für diese Fehler bestehen weiter in der Unvollständigkeit der Informationen, dem Einsatz ineffektiver Übergabe-Methoden, einer fehlenden Standardisierung und mangelndem Wissen bei der übergebenden Person.<sup>286</sup> Die Übergabe ist hinsichtlich der angestrebten adäquaten Versorgung ein „Echtzeitprozess“, in dem eine Einmaligkeit zum Erlangen relevanter Informationen hinterlegt sein kann. Auch die jeweilig wahrgenommene Relevanz der Quantität von Informationen kann der Konzentration auf Leit- oder Hauptsymptome entgegenstehen. Notwendige Denk- und Entscheidungsprozesse zum Erkennen von Bedrohlichkeit und Vorliegen akuter Gefährdungen werden beeinträchtigt und eine sachliche, zielgerichtete und symptomorientierte Untersuchung verzögert.<sup>287</sup> Neben der Erhebung der relevanten Daten zur erfolgreichen und adäquaten Betreuung und Behandlung des Notfallpatienten, sind die überwiegend administrativen Daten wesentlich. Auch diese müssen erfasst und dokumentiert werden. Die Anforderungen an die jeweilige Dokumentation haben sich gewandelt und weiterentwickelt. Die arbeitsteilige Patientenversorgung gelingt durch die Nachvollziehbarkeit getroffener Interventionen. Ihre qualitative Fixierung ist damit, neben der mündlichen Übergabe, entscheidend für die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, Fachabteilungen oder den verschiedenen Institutionen untereinander. Sie dient der Rechnungslegung, der Ressourcensteuerung und der internen wie externen Qualitätssicherung, z. B. durch Benchmarking von Prozessen. Bei juristischen Einlassungen zu Pflege- wie Behandlungsfehlern stellt durch die Beweislastumkehr die Dokumentation häufig das wichtigste Beweismittel dar.<sup>288</sup> Das gänzliche Fehlen einer Dokumentation kann prozessentscheidend sein. 2013 wurde mit der Einführung der §§ 630c, 630f, 630g in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) die Informationspflicht, die Dokumentation der Behandlung und die Einsichtnahme in die Patientenakte als Teil der Behandlungsvertrags gesetzlich geregelt. Das Patientenrechtegesetz hat damit die Bedeutung der Dokumentation herausgestellt. Die Datenerfassung und Dokumentation der Notfallversorgung ist vielfältig und nicht einheitlich.<sup>289</sup> Sie ist abhängig von der jeweiligen Organisationseinheit und kann aus organisatorischer Sicht Aufgabe der Pflegekräfte sein.

---

<sup>283</sup> vgl. Afflerbach et al. 2019, S. 65.

<sup>284</sup> vgl. ebd. S. 68.

<sup>285</sup> vgl. Mirus und Heller 2017, S. 256.

<sup>286</sup> vgl. Benjamin et al. 2016, 107-118.

<sup>287</sup> vgl. Hohenstein et al. 2011, S. 96.

<sup>288</sup> vgl. Röhrig und Walcher 2014, S. 650.

<sup>289</sup> vgl. Röhrig und Walcher 2014, S. 650.

Die hinterlegten Dokumentationssysteme sind zunehmend EDV-gestützt und dementsprechend vielfältig als Softwarelösungen umgesetzt. Einsatzprotokolle aus dem Rettungsdienst sind zwar weitestgehend standardisiert, aber nicht immer kompatibel mit den abteilungsspezifischen Möglichkeiten. Zuordnungen dieser Darstellungen lassen sich in den jeweiligen Ordnungsmitteln der Fachweiterbildungen treffen.<sup>290, 291, 292</sup> In der Konsequenz sind, unter dem Pflegebezug dieses Subprozesses, die Bedeutung und die Kombination zum Gewährleisten der Versorgungsqualität herauszustellen. Damit sind grundsätzlich vielfältige Möglichkeiten zur Beschreibung des Workflows oder auch zur Operationalisierung denkbar. Das wesentliche Element besteht jedoch in der Zusammenführung der Subprozesse zur Umsetzung der risikoadaptierten Entscheidungsfindung, die als entscheidend für das weitere Procedere anzusehen ist. Damit kann eine Überleitung in den nächsten Teilprozess kausal und im Situationsverständnis erfolgen. Die stete Orientierung am Kernprozess „Aufnahme“ erfordert damit eine zumindest intrapersonelle Abstimmung, z. B. in Form von Reflexion, oder eine mit weiteren Kollegen des behandelnden Teams, z. B. in Form einer zusammenfassenden Evaluation der gewonnenen Erkenntnisse durch eine abstimmende Zustandserhebung und Informationsweitergabe.

Die erfolgte Beschreibung des Teilprozesses „Administration/Aufnahme“ verdeutlicht unter Einbeziehen der geschilderten Inhalte und unter Involvieren des Pflegebezugs, dass die alleinige Unterteilung in die beiden Subprozesse „Ersteinschätzung“ und „Datenerfassung“ für das kompetenzorientierte, klinisch-praktische Abschlussverfahren nicht ausreichend sein kann. Dem Subprozess „Ersteinschätzung“ kann der Pflegebezug attestiert werden.<sup>293</sup> Der weitere Subprozess „Übergabe“ ist neben dem Vermeiden von Informationsverlust insbesondere im Kontext des Schnittstellenverständnisses als relevant erkannt. Ein weiterer Subprozess kann aus den Beschreibungen als „Sofortmaßnahmen“ abstrahiert werden. Hierunter fallen die Erhebung des Ist-Zustandes durch Umsetzung der für die korrekte Datenerfassung notwendigen medizinisch-technischen Verfahren und die Sicherung wie Fortführung einer bestehenden präklinischen Therapie anhand der vorliegenden, leitenden Symptome. Hierbei können abteilungsinterne Standards, Assessments oder Instrumente eingesetzt werden (z. B. die numerische Ratingskala [NRS]). Der Subprozess „Datenerfassung“ wird um die inhaltlichen Aspekte der Rechtssicherheit und zur bestmöglichen Vermeidung von Fehlern um die Formulierung „Dokumentation“ erweitert. Das Verständnis der Dokumentation ist dabei sowohl administrativer als auch kombinierender Natur für die kausalen, weiteren Arbeitsschritte im folgenden Teilprozess. Resultierend werden dann Freiheitsgrade im Verständnis der Exoebene festgelegt und auf der Mesoebene konkretisiert werden können (vgl. Abb. 4). Die übergeordnete Zielsetzung der Objektivierbarkeit und

---

<sup>290</sup> vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2019a, S. 7.

<sup>291</sup> vgl. Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, S. 66.

<sup>292</sup> vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 11.

<sup>293</sup> vgl. Dormann und Christ 2019, S. 377.

Vergleichbarkeit, trotz der bestehenden Heterogenität, kann in dieser Zusammenführung erreicht werden. Dies meint insbesondere die konzeptionelle Anwendbarkeit, unabhängig der institutionellen Zuordnung zu einer Versorgungsstufe und unabhängig des jeweiligen Notfallpatienten und seiner leitenden Symptome im klinischen Bild, unter Fokussierung auf pflegebezogene Prozesse.

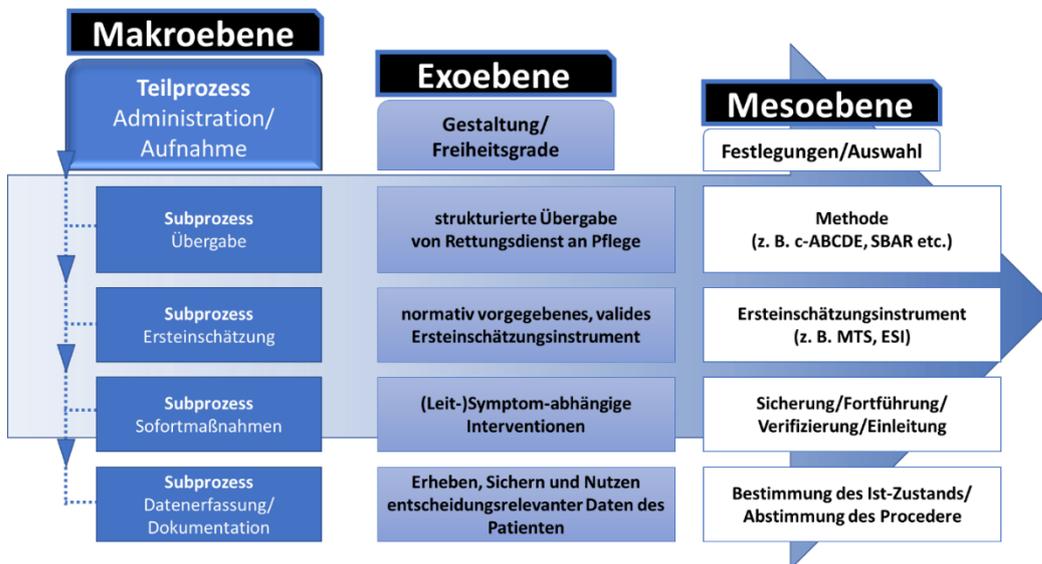


Abbildung 9: Pflegebezogene Prozesse bei Teilprozess "Administration/Aufnahme"; eig. Darstellung.

Der Teilprozess „Administration/Aufnahme“ wird unter Pflegebezug damit wie folgt definiert:

**„Umsetzung einer zielgerichteten, sicheren und selbständigen Gestaltung des Erstkontaktes zur Fort- und Weiterführung notwendiger und am Bedarf orientierter Interventionen zur initialen Betreuung des Notfallpatienten. Die strukturierte und methodengeleitete Gestaltung stellt Grundlagen zur Einleitung weiterer Arbeitsschritte und zur sinnführenden, abgestimmten Ressourcenauswahl für den weiteren Verlauf der Patientenbehandlung.“**

#### 4.2.2 TP „Medizinische Diagnostik“ und seine pflegebezogenen Subprozesse

Der im Rahmen des Erstkontaktes subjektiv wie objektiv festgestellte Behandlungsanlass und -bedarf durch leitende Symptomatik, bildet die Grundlage für das weitere Procedere im Versorgungsprozess im Handlungsfeld. Besondere Bedeutung bekommt auch der Aspekt des Schaffens von Vertrauen im Aufbau der Beziehung in der Ausnahmesituation. Deeskalation, beruhigendes und sicheres Auftreten im faktoriell belastenden Notfallgeschehen ist von besonderer Relevanz für den Erfolg.<sup>294</sup> So ist das situativ-soziale Beziehungshandeln durch die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten entscheidend beeinflusst. Diese finden ihre Begegnungen in der formalen und meist abteilungsintern festgelegten Entscheidungsautonomie der im Dienst befindlichen Akteure und deren situativer Präsenz. Die Gestaltung der Notfallsituation ist für die Pflegenden entsprechend variabel und dynamisch, was wiederum die jeweilige Notfallsituation charakterisiert und

<sup>294</sup> vgl. hierzu Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2016, S. 66.

auch in den zugehörigen Subprozessen beschrieben oder berücksichtigt werden muss. Der Pflegebezug kennzeichnet sich hiermit durch Flexibilität und die stete Überprüfung der Situation, was auch zur vorausschauenden Abwägung und vorbeugenden Etablierung von Handlungsalternativen führen kann. Eine klinische Manifestation, welche sich als eine eher als ungefährlich eingeschätzte Alltagsdiagnose präsentiert, wird in der Allgemeinmedizin als ein abwendbar gefährlicher Verlauf bezeichnet. Insbesondere das Erkennen des Vorliegens eines oder mehrerer Warnzeichen, bei denen auf einen möglichen, gefährlichen Verlauf geschlossen werden kann, ist Aufgabe und Erwartung, auch an nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen.<sup>295</sup>

Das Erkennen und die erfolgreiche Behandlung von Krankheiten sind abhängig von der zeitnahen, zielgerichteten und priorisierten Durchführung der notwendigen und evidenzkonformen Diagnostik. Diese weist den Weg zur Linderung und evidenzbasierter Interventionen. Dabei ist das Ergebnis, die Diagnose, eine höchstpersönliche ärztliche Tätigkeit, die nicht delegiert werden kann.<sup>296</sup> Die Unterstützungsleistungen, als Mitwirken und Assistenz bei der Diagnosefindung, jedoch sind Interventionen, die als pflegebezogene Prozesse bereits in der grundständigen Ausbildung formuliert und auch in den Verordnungen und der Empfehlung entnommen werden können. Sie gehen teilweise eng mit der formalen Qualifikation des Pflegeberufes einher und bedürfen in vielen Fällen ein erweitertes Wissen, deutlich über die materielle Qualifikation hinaus. Dem Pflegepersonal wird vielfältig, auch im ökologisch-systemischen Verständnis, eine zentrale Rolle „[...] bei der Organisation der Abläufe [...], der Assistenz des ärztlichen Personals bei eiligen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen [...]“<sup>297</sup> attestiert. Insbesondere die Verzahnung mit der Rolle in Rückbezug auf BRONFENBRENNER geht über die rein materiellen Qualifikationen und handwerkliches Geschick der Pflegenden hinaus. Die üblichen Diagnoseverfahren, z. B. das Erheben von Vitalparametern durch Messverfahren, das Anfertigen eines EKG, das Punktieren von Gefäßen zur Blutentnahme oder generell vorbereitende Maßnahmen, z. B. die Präparation von Sterilgut zur Wundversorgung, sind technisch betrachtet nahezu identisch. Gleiches gilt für häufig parallel initiierte Interventionen, die eher therapeutischen Zwecken dienen. Hierunter können die Anlage peripherer Venenverweilkanülen, die Vorbereitung und Applikation von Medikamenten oder auch die Bestimmung von Blutwerten durch Labormedizin und technische Bedienung ähnlicher Analyseverfahren, wie z. B. Blutgasanalysegeräte, fallen. Insbesondere die Anforderungen an eine korrekte Präanalytik, also zur Probengewinnung mit korrekten, spezifischen wie unverfälschten Ergebnissen im Rahmen typischer Handlungen<sup>298</sup>, bedürfen jedoch umfangreichen Fachwissens. Auch ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau in der Ausnahmesituation der Betroffenen unterstützt die meist unangenehmen, tlw. schmerzhaften Interventionen, wie z. B. die Blutentnahme. Der

---

<sup>295</sup> vgl. Graf von Stillfried et al. 2019, S. 581.

<sup>296</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt 2008, A 2174.

<sup>297</sup> Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016, S. 10.

<sup>298</sup> vgl. Schalk et al. 2020.

Bereich der Apparatediagnostik, z. B. der rechtskonforme, sichere und korrekte Umgang mit Medizinprodukten, erfordert formale und erweiterte Kompetenzen zu deren Anwendung.<sup>299</sup> Letztlich sind potenzielle Fehlerquellen präventiv zu berücksichtigen und sie müssen, soweit möglich, beseitigt und ausgeschlossen werden. Dem leitenden Paradigma der Patientensicherheit folgend, sind erhobene Messwerte und Daten häufige Grundlage für weitere diagnostische oder auch therapeutische Interventionen. Die Gewinnung oder auch das Erheben dieser weisen bereits im Rahmen der grundständigen Ausbildung einen hohen Pflegebezug auf, der durch die Strukturen der jeweiligen ZNA für die Prüfung zu konkretisieren ist. Ebenfalls können hier bestehende Verfahrensanweisungen oder auch Standards deutliche Aspekte pflegebezogener Prozesse beinhalten. Ihre Gestaltung bietet Potenziale, dass einzelne, der Diagnostik oder der Therapie dienliche, Handlungsschritte oder auch zusammenhängende Interventionen selbstständig und ohne vorherige Rücksprache mit den verantwortlichen ärztlichen Kollegen eingeleitet werden können oder auch müssen. Ebenso können hier unterstützende Prozesse notwendig werden. Dazu zählen die Inanspruchnahme konsiliarischer Dienste ebenso wie das Einbeziehen räumlicher, apparativer oder auch personeller, zusätzlicher Ressourcen. Die bisher gewonnenen Erkenntnisse, wie z. B. die abgestimmte Arbeitsdiagnose oder auch die bisher getroffenen Maßnahmen, müssen überprüft, evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden. Diese Schritte sind in hohem Maße von der risikoadaptierten und hoheitlich verantwortlichen Entscheidungsfindung durch ärztliche Kollegen abhängig.

Die sich mitunter ergebende Anpassung oder Neuordnung bedarf jedoch dem Informationsaustausch aller Akteure. Das jeweilige Einbeziehen der Disziplinen und das damit einhergehende Kommunizieren und Weitergeben von relevanten Informationen wird dabei ebenfalls maßgeblich von den betreuenden Pflegekräften und deren Beobachtungen und Schlussfolgerungen initiiert. Aufgrund dieser Darstellungen bildet der Teilprozess „Medizinische Diagnostik“ bereits im Rahmen seiner Formulierung die pflegebezogenen Prozesse nicht ausreichend ab. Die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Beschreibung des Teilprozesses ermöglicht die Zielsetzung, dass eine sichere Diagnosestellung einerseits erreicht werden soll, andererseits nicht immer zeitnah und optimal umgesetzt werden kann. Die dazu notwendigen Unterstützungsleistungen müssen sorgfältig abgewogen, kommuniziert und initiiert werden. Da viele Untersuchungen Spezialisten oder besonderer Qualifikationen bedürfen, werden häufig weitere Abteilungen und Leistungen in Anspruch genommen. Dies meint beispielsweise das Einbeziehen von Mitarbeitern der Radiologie oder auch der Endoskopie, um Röntgenaufnahmen oder auch Ultraschalluntersuchungen korrekt und haltbar durchzuführen. Hierbei liegt der Pflegebezug in der, meist mit vorschlagendem Charakter einhergehenden, Auswahl und Koordination der Untersuchungen, der Assistenz zur Durchführung mit Vor- und Nachbereitung. Daraus erfolgt, dass der Subprozess

---

<sup>299</sup> vgl. hierzu § 10 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

„Notwendige Untersuchungen durchführen“ zwar mit Pflegebezug assoziiert werden kann. Im Zusammenhang mit der Zielsetzung ist dabei jedoch nicht alleine die Durchführung von Belang, vielmehr sind dies Umsetzung und Gewährleisten der an Bedarf und Notwendigkeit orientierten Durchführung. Aus diesem Grunde wird der Subprozess nach „Notwendige Untersuchungen initiieren“ modifiziert. Dies ermöglicht konzeptionell gleichzeitig das anzustrebende Erlangen umfassender und möglichst vollständiger Ergebnisse, auch aufbauend/weiterführend aus dem vorgelagerten Teilprozess und des vorherrschenden klinischen Bildes und seiner Symptome.

Darüber hinaus werden ZNA zunehmend verfahrenstechnisch wie medizin-technisch aufgerüstet und immer weiter spezialisiert.<sup>300</sup> Der, neben den im Krankenhausplan festgelegten Versorgungsaufträgen und Fachrichtungen, zu gewährende Facharztstandard, erfordert zunehmend auch intensivmedizinische Kompetenzen für das Personal in der ZNA.<sup>301</sup> Die Erweiterungen und der Ausbau der mit den Versorgungsstufen einhergehenden Therapieoptionen<sup>302</sup> führt konsekutiv zu mehr invasiven Maßnahmen, die im Handlungsfeld umgesetzt oder auch, da bereits durch den Rettungsdienst initiiert, fortgesetzt werden müssen. Durch die zunehmenden Kompetenzen des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals und damit der präklinischen Möglichkeiten, ist mit immer komplexeren „Aufrüstungen“ der Patienten zu rechnen. So bieten sich potenziell Möglichkeiten, dass auch ohne die Anwesenheit einer ärztlichen Kompetenz in der Präklinik, die Sicherung und Fortführung von z. B. nicht-invasiven Beatmungsverfahren, durchgeführten Entlastungspunktionen des Thorax, die Anlage eines intraossären Zugangs oder auch umfangreichere medikamentöse Applikationen in der ZNA gewährleistet werden müssen. An dieser Stelle wird einerseits die wechselseitige Einflussnahme der an der Notfallversorgung beteiligten Systeme ersichtlich. Andererseits wird dadurch die notwendige Eingrenzung der Vielfalt legitimiert, da die präklinische Situation des Patienten und seine Verbringung in die ZNA die Basis für einen vergleichbaren Gestaltungsrahmen und -spielraum, mit möglichst hoher Kongruenz, für die Notfallversorgung der Patienten bietet. Neben den erweiterten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur initialen Stabilisierung sind hier auch notwendige Sicherungen und Fortführungen der Interventionen, auch derer mit intensivmedizinischem Charakter, von Relevanz, jedoch nicht immer umgesetzt.<sup>303</sup> Auch die stete Evaluation des Zustands des Notfallpatienten ist immanenter Bestandteil der Notfallversorgung, um eine charakterisierende Dynamik der Situation, z. B. eine drohende Verschlechterung, frühzeitig zu erkennen und ihr vorausschauend und zeitnah begegnen zu können. Damit ist dem Subprozess „Sichere Diagnosestellung“ eine klare Unterstützung zu dieser Zielsetzung durch Pflegekräfte zuzuweisen und durch hausinterne oder abteilungsinterne SOP oder andere Verfahrensanweisungen hinterlegt.

---

<sup>300</sup> vgl. Kumle 2018, S. 314.

<sup>301</sup> vgl. Behringer et al. 2020, S. 2.

<sup>302</sup> vgl. ebd. S. 6

<sup>303</sup> vgl. hierzu Huber et al. 2020, S. 120.

Damit wird der Pflegebezug im beschriebenen Subprozess nach „Gezielte Unterstützung der Diagnosefindung“ modifiziert. Seine nun innewohnenden Merkmale verfolgen die fachlich korrekte Auswahl, Umsetzung und Überprüfung des Erkenntnisgewinns durch leitliniengerechte Interventionen. Hierbei wird durch die Formulierung auch ein potenziell intra- wie interdisziplinäres Denken ermöglicht. So sind typische Assistenzleistungen ebenso wie die Überprüfung, die Sicherung und der Erhalt der initialen Stabilisierung oder auch Linderung beinhaltet. Diese Vielfalt lässt die jeweiligen gestalterischen Freiheitsgrade der symptomorientierten, klinischen Abklärung der zu treffenden Therapieoptionen und des Therapieortes zu.

Im Subprozess „Behandlungseinleitung“ ist neben den zu treffenden Entscheidungen und ihrer einhergehenden Maßnahmen das pflegebezogene, potenzielle Spannungsfeld zwischen Delegation und Substitution von Relevanz. Insbesondere die nicht immer sichere, sofortige Verfügbarkeit eines Arztes bietet für die Prüfungskonzeption dabei die Möglichkeit, Defizite zu gestalten, denen, in diesem Kontext und über die Mitwirkung und Assistenz hinaus, sinngemäß im ökologisch-systemischen Ansatz, aktiv, kooperativ und konstruktiv begegnet werden kann. So können potenzielle Eskalationsstufen eines dynamischen Notfallgeschehens berücksichtigt und vorausschauend beachtet werden.<sup>304</sup> Dabei ist die leitensymptomorientierte Behandlungsdringlichkeit eng mit den lokalen räumlichen, apparativen und auch personellen Ressourcen der jeweiligen Organisationseinheit ZNA, sinngemäß der beruflichen Infrastruktur, verknüpft. Damit einhergehend sind die individuellen Arbeitsschritte, z. B. durch vorhandene, abteilungsbezogene SOP oder das leitliniengerechte Arbeiten, nicht immer identisch und homogen umzusetzen. Dies meint, dass bei fehlenden apparativen Ressourcen oder auch Kapazitäten, z. B. der Mangel an einem Beatmungs- oder Narkosegerät, oder auch die nicht gesicherte Handhabung aufgrund der fehlenden Einweisung nach MPBetreibV, eine Einleitung und Durchführung einer Beatmung schlicht nicht umsetzbar sein können. Hierbei sind dann Freiheitsgrade zusätzlich dynamisch und durch Handlungsalternativen zu gestalten, die wiederum eng mit den gewonnenen Erkenntnissen verzahnt sind und sich wechselseitig bedingen. Hiermit kommt der Einsatz technisch-apparativer Verfahren mit invasivem und damit potenziell gefährdendem Charakter zum Tragen, der damit auch der zunehmenden Komplexität des Handlungsfeldes entspricht. Das hierzu erforderliche, klinische und interdisziplinäre Denken in der ZNA, unterscheidet sich dabei von dem, welches im stationären Umfeld oder bei elektiven Eingriffen benötigt wird. So ist die bei Letzteren mögliche, schrittweise Diagnostik, zur Verifizierung der Hypothesen und deren jeweiliges Überprüfen, im Notfallgeschehen nicht immer zu gewährleisten. Damit stehen im Bereich der Notfallmedizin das Erkennen und Behandeln oder der Ausschluss potenziell bedrohlicher Zustände im Vordergrund. Ein Generieren und Prüfen von Arbeitshypothesen ist auch aufgrund der Dynamik und der zeitkritischen Erkenntnisgewinne bis heute eher durch ein symptomorientiertes „Wenn-Dann“-

---

<sup>304</sup> vgl. Kumle et al. 2019, S. 402.

Verfahren<sup>305</sup> gekennzeichnet. Auch hier sind Algorithmen, wie das vorgestellte „c-ABCDE“ oder auch Prinzipien wie das „Ten-for-Ten“/„10-Sekunden-für-10-Minuten“ hilfreich, die notwendigen Arbeitsschritte, unabhängig einer Fachrichtung oder klassischen Unterteilung in „traumatologisch“ und „konservativ“, zu strukturieren.<sup>306</sup> Aus diesen Beschreibungen wird der Subprozess nach „Sichere Behandlungseinleitung“ modifiziert. Seine Ausrichtung zielt damit neben der Umsetzung adäquater Interventionen auch auf Patienten- wie Mitarbeitersicherheit im Kontext der immanent dominanten Rechtsbeziehungen, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Erwartungen an die Rolle der zusatzqualifizierten Notfallpflegekraft, ab. Diese ist meist nicht festgeschrieben und wird, auch der Aktualität berufspolitischer Diskussionen geschuldet, in der jeweiligen Organisationseinheit formuliert und gelebt. Auf eintretende, akute Notfallsituationen kann von daher durch die Pflege nicht immer sicher eingewirkt werden, dennoch soll ihnen, durch die Expertise der Notfallpflege, zumindest präventiv begegnet werden.

Auch in diesem Teilprozess ist die Zusammenführung der geschilderten Subprozesse zur Fortführung der risikoadaptierten Entscheidungsfindung maßgeblich für den weiteren Verlauf. Die Überleitung in den nächsten Teilprozess erfolgt durch die Summe der Erkenntnisse, der Evaluation eventuell bestehender Arbeitsdiagnosen und deren Überführung in eine möglichst sichere Diagnose wie deren Therapie im Team der behandelnden Akteure. Die hier ebenfalls bestehende Orientierung am Kernprozess „Aufnahme“ erfordert damit neben der intra- wie interpersonellen Abstimmung eine Entscheidung zu einer Therapie, die am jeweilig bestmöglichen Ort weitergeführt oder ermöglicht wird und Fehler in der Behandlung vermeiden und ausschließen soll. Somit eignet sich auch im Teilprozess „Medizinische Diagnostik“ die Implementierung eines weiteren Subprozesses, der unter vergleichbarer Sinnführung die Datenerfassung und Dokumentation gewährleistet, wie im vorangegangenen Teilprozess „Administration/Aufnahme“. Dieser ist darüber hinaus jedoch durch eine interdisziplinäre Abstimmung gekennzeichnet. Hierzu gehören periodische Zusammenfassungen der gewonnenen quantitativen Informationen im behandelnden Team.<sup>307</sup> Somit wird mit der angestrebten „Erkenntnisevaluation“ ein weiterer Subprozess bestimmt. Im Teilprozess „Medizinische Diagnostik“ wird ersichtlich, dass eine objektive Umsetzung einer vergleichbaren Prüfungsleistung mit Herausforderungen verbunden ist. Hierbei spielen insbesondere die heterogenen Strukturen, die unterschiedlichen Ausprägungen von Behandlungsanlass und -dringlichkeit sowie die Komplexität durch viele parallele Einflüsse auf das Notfallgeschehen eine Rolle. Dennoch kann auch, in dem zielführend sehr medizinisch geprägten Teilprozess, ein hoher Pflegebezug attestiert und damit gestalterisch berücksichtigt werden.

---

<sup>305</sup> vgl. Kovacs und Croskerry 1999, S. 949.

<sup>306</sup> vgl. Behringer et al. 2020, S. 3.

<sup>307</sup> vgl. Becker et al. 2018a, S. 172.

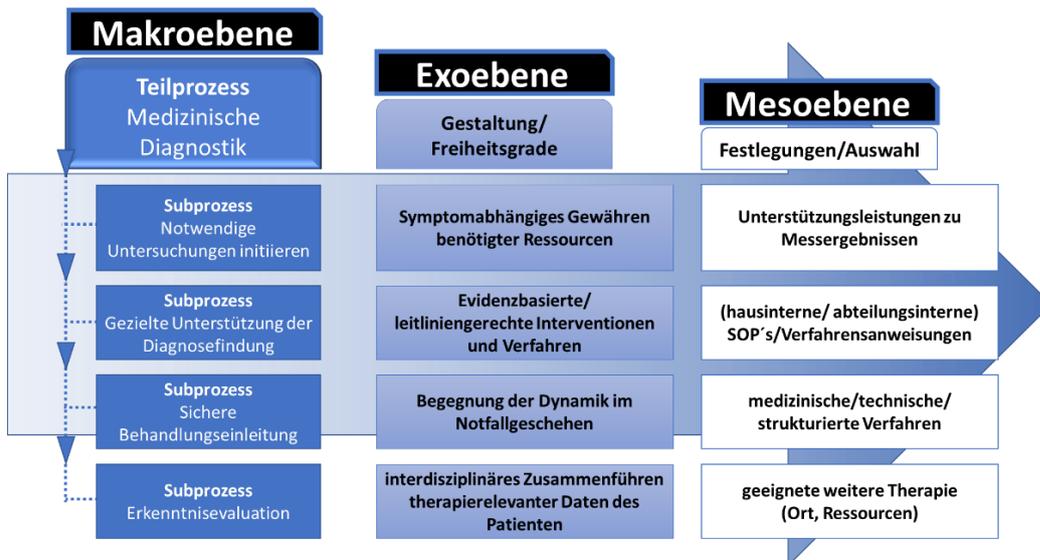


Abbildung 10: Pflegebezogene Prozesse bei Teilprozess "Medizinische Diagnostik"; eig. Darstellung.

Der Teilprozess „Medizinische Diagnostik“ wird damit wie folgt definiert: **Initiierung einer zielgerichteten, symptomorientierten Abklärung, die eine Festlegung auf einen Therapiepfad und -ort durch aktive und/oder passive Unterstützung bei der Diagnosefindung ermöglicht. Die zu erbringenden Leistungen werden anhand der situativen Behandlungsdringlichkeit abgewogen, evidenzgestützt, ggf. selbständig eingeleitet und die Inanspruchnahme und Aktivierung weiterer Ressourcen zur Sicherung, Überprüfung und evtl. Anpassung der erbrachten Interventionen werden umgesetzt.**

#### 4.2.3 TP „Verlegung/Entlassung“ und seine pflegebezogenen Subprozesse

Das reibungslose Zusammenspiel der vielen verschiedenen Disziplinen und Professionen (Pflegepersonal, Ärzte, Rettungsdienstmitarbeiter, administrative Mitarbeiter) ermöglicht nach einer ersten Stabilisierung und Linderung der erfassten Symptome letztendlich eine risikoadaptierte Entscheidungsfindung anhand eingeleiteter Diagnostik und initialer Therapie. Das Auftreten von Symptomen ist dabei mannigfaltig und meist nicht spezifisch, sondern liefert erst im Zusammenspiel mit den verschiedenen professionellen Expertisen der in den Notaufnahmeabteilungen tätigen- wie die unterstützenden Berufsgruppen eine strukturierte Diagnostik und konsekutiv eine zielorientierte Weiter- und Fortführung der zugehörigen Therapie und Verifizierung der Diagnose(n). Unter ökonomischer Perspektive wird eine schnelle Entlassung angestrebt, was sich in Form vorgegebener Verweildauer bei Diagnose seit 15 Jahren durch das zentrale Finanzierungsinstrument der Krankenhausleistungen, den „Diagnosis-Related-Groups“ (DRG) abbildet. Literaturabhängig werden nahezu die Hälfte der vorstelligen Patienten in einer ZNA stationär aufgenommen.<sup>308</sup> Diese stationäre Aufnahme oder auch Weiterbehandlung gestaltet sich ebenfalls nicht einheitlich. Neben der unterschiedlichen und Krankheitsbild-abhängigen Verbringung in angrenzende Versorgungsbereiche und deren Organisation,

<sup>308</sup> vgl. Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T 2015, S. 4.

sind die institutionellen Kapazitäten dabei relevant. So sind häufig Zeitintervalle zu überbrücken und sicher zu gewährleisten. Deren Dauer ist abhängig vom Freiwerden intensivmedizinischer Kapazitäten oder auch von der organisatorischen Vorbereitung und Durchführung von Intra- wie Interhospitaltransfers.<sup>309</sup> Dabei ist festzustellen, dass insbesondere mit intensivmedizinischen Interventionen einhergehende Therapien ein hohes Risiko für Fehler aufweisen. Kritisch kranke Patienten müssen während ihres Krankenhausaufenthalts häufig transportiert werden. Die Zuführung zur Diagnostik in anderen Abteilungen, zum OP oder auch die interhospital Verlegung oder Rückverlegung stellen prinzipiell ein Risiko dar. Damit sollte zwar auch im Bereich der ZNA eine Nutzen-Risiko-Beurteilung der Gefährdung des Notfallpatienten vor Transportbeginn erfolgen. Dennoch sind die meisten Transporte unumgänglich und müssen auch unter Notfallbedingungen, wie z. B. Reanimation, oder mit invasiven Maßnahmen, wie z. B. Beatmungstherapie, erfolgen. Sie bedürfen eines entsprechend sorgfältig vorbereiteten Transportes, der sicherstellt, dass einerseits eine vitale Stabilität während des Transportes und andererseits die dazugehörigen Therapieformen gesichert sind. Eine entsprechend standardisierte Durchführung mit den jeweils benötigten, apparativen und personellen Ressourcen<sup>310</sup> ist dabei obligat<sup>311</sup> und vermeidet signifikante und schwere Zwischenfälle. Die Hauptrisiken während der Transporte betreffen die Atmung/Beatmung und das Herz-Kreislauf-System.<sup>312</sup> Die damit einhergehenden Störungen können rasch und ohne Vorwarnung auftreten und in Lebensbedrohlichkeit resultieren. Hinzu kommt, dass es, ähnlich den Übergabesituationen, zwischen dem Rettungsdienst und der ZNA, kurze Zeitabschnitte (z. B. das „Umlagern“) gibt, in denen die Überwachung des Patienten trotz optimaler Geräte- wie Personalausstattung, kurzfristig nur klinisch beobachtend durchgeführt werden kann und muss. Daraus ergibt sich der diesem Teilprozess zugehörige Subprozess „Transportvorbereitung“ mit deutlichem Pflegebezug und Verantwortung. Hierunter fällt auch, dass neben den intrahospitalen Transporten und deren optimalen Organisation und Vorbereitung, die Verlegungen in andere Krankenhäuser ähnliche oder erweiterte Risiken bieten. Zu Beginn wurde beschrieben, dass die Auswahl der richtigen Klinik, sowohl seitens der selbsteinweisenden Patienten wie durch den Rettungsdienst, aufgrund der fehlenden diagnostischen Möglichkeiten nicht immer möglich ist. Hierunter fallen bedrohliche Zustände, die einer unverzüglichen medizinischen Therapie bedürfen und erst in einem weiteren Schritt der „richtigen“ Behandlung zugeführt werden können. Soweit diese in der erstversorgenden klinischen Einrichtung nicht umgesetzt werden kann, muss eine schnelle Weiterverlegung in Kliniken erfolgen, die diese notwendigen Strukturen, in Abhängigkeit der jeweiligen Versorgungsstufen, vorhalten. Daraus resultieren pflegebezogene Indikationen zur Organisation und Initiierung der weiterführenden Spezialbehandlungsverfahren, wie z. B.

---

<sup>309</sup> vgl. Kumle et al. 2019, S. 403.

<sup>310</sup> vgl. Kue et al. 2011, 7.

<sup>311</sup> vgl. Warren et al. 2004.

<sup>312</sup> vgl. Blakeman und Branson 2013, S. 1014.

Interventionen in einem Herzkatheterlabor oder bei notwendigen neurochirurgischen oder anderen operativen Maßnahmen. Die hier inkludierten administrativen Prozesse, z. B. in Form notwendiger Telefonate, das Ausfüllen von Formularen, EDV-gestützt und zunehmend auch per E-Mail, sind nicht immer durch eigene, speziell vorgesehene Mitarbeiter in diesen Unterstützungsprozessen gewährleistet. Unabhängig eines intra- oder interhospitalen Transportes müssen Ressourcen aktiviert, genutzt und zugewiesen werden. Dem Kernprozess der Patientenbehandlung folgend sollen sowohl die adäquate Weiterbehandlung als auch die zugehörige Unterbringung gesichert werden. Hierzu müssen klinikinterne Ressourcen koordiniert und abgestimmt werden. Die im Rahmen der Prüfung erfolgte Bestimmung der Prüfungspatienten und aufgrund der Ersteinschätzungssysteme erfolgte Identifikation als potenziell gefährdete, vulnerable Patientengruppe, weist das insgesamt pflegebezogene Prozessverständnis und Fallverstehen auf. Die Zielsetzung, die ideale Patientenbehandlung am geeigneten Ort zu gewährleisten, resultiert in hohen Ansprüchen an das ausführende Personal. Die Auswahl der Transportmittel, das Managen der organisatorischen Kommunikationsstrukturen und die Koordination des jeweils erforderlichen Material- wie Personaleinsatzes sind notwendige Vorbereitungen mit hohem Pflegebezug. Es können nach der initialen Stabilisierung und Linderung, als Resultate der beiden vorgelagerten Teilprozesse, immanent sowohl eine kontinuierliche Überwachung des Patienten als auch die kontinuierliche Sicherung der Therapie, die im Rahmen der initialen/primären Behandlung durchgeführt wurde, notwendig werden. Damit ist eine eindeutige Trennschärfe zum weiteren Subprozess „Patiententransfer“ nicht eindeutig zu treffen. Die Differenzierung ermöglicht jedoch auf der Exoebene gestalterische Freiheiten, die in Abstimmung mit den abteilungsinternen Verfahren auf der Mesoebene diesen gerecht werden können. Dies meint insbesondere die jeweilige Zuordnung zu Aufgaben und Tätigkeiten in Abteilungen, die reduzierte Ressourcen aufweisen oder in denen außerhalb der Kernarbeitszeiten auch diese prozessrelevanten, dann jedoch als pflegefern zu verstehenden Tätigkeiten, durch Pflegekräfte durchgeführt werden müssen. Einen deutlich engeren Pflegebezug weisen die patientennahen Tätigkeiten auf, die im Rahmen kapazitätsbegrenzter Behandlungsverfahren, z. B. bei Therapien für Schwerstbrandverletzte, Organtransplantation, Polytraumaversorgung usw., eine hohe fachliche Expertise benötigen. Ihre Betreuung und Begleitung gehen mit hohen Anforderungen an das behandelnde Team einher, die mit der Überwachung und Sicherung der kritisch-kranken Patienten zur Verlegung inter- wie intrahospital betraut sind. Darüber hinaus ist der Transfer der Patienten, unabhängig ihrer jeweiligen Situationen, als Handlungsschritt ebenfalls nicht immer durch externe Abteilungen abgewickelt. Begleittransporte weisen somit ebenfalls einen Pflegebezug auf. Darüber hinaus haben sich national zunehmend Möglichkeiten entwickelt, auch in den ZNA Überwachungsstationen zu schaffen. Diese besitzen unterschiedlichste Bezeichnungen, verfolgen jedoch das Ziel, das Outcome der Patienten zu verbessern und auch dem

Problem des „Crowding“<sup>313</sup> entgegenzuwirken. Diese NAST reduziert die Aufnahme­rate auf Intensivstationen bei gleichzeitiger Reduktion der 30-Tage-Mortalität aller Notfallpatienten.<sup>314</sup> Verantwortlich dafür ist die intensivmedizinische Kompetenz, die neben der verbesserten Versorgungsqualität auch das Nichteinhalten der angestrebten, praktikablen Aufenthaltszeit des Abklärungsintervalls von kleiner vier Stunden eines Patienten<sup>315</sup>, kompensieren kann.

Auch in diesem Teilprozess werden die immanenten Merkmale in Form der wechselseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zu den angrenzenden Versorgungsbereichen sichtbar. Deren Strukturen können den entsprechenden Prozessablauf insgesamt oder auch einzelne Handlungsschritte beeinflussen. Der Pflegebezug zeigt sich hierbei, unabhängig der weiteren Verbringung in andere Abteilungen oder dem Verbleib auf einer der ZNS zugehörigen Überwachungseinheit, in der Sicherstellung und im Gewähren der durchgeführten Interventionen.

Weitere Merkmale in diesem Teilprozess bestehen neben dem Patiententransfer in der Sicherung und auch Weiterleitung der erhobenen Daten und der damit einhergehenden Dokumentation in Patientenakten oder auch Dokumentationssystemen. Ebenso wird wiederum ein Übergabeprozess erforderlich, der inhaltlich analog des im Teilprozess „Aufnahme/Administration“ beschriebenen Subprozesses zu sehen ist. Innerklinische Übergabeprozesse, sowohl für den Inter- wie den Intrahospitaltransport, werden jedoch meist anhand anderer Strukturen durchgeführt als zwischen der Präklinik und der ZNA<sup>316</sup>, z. B. anhand des „SOAP“-Schemas“ („*subjective information, objective information, assessment, plan*“)<sup>317</sup>, welches sich für eine strukturierte Übergabe eignet. In den vorgelagerten beiden Teilprozessen, der Zielsetzung folgend, konnten weitere Daten und Informationen gewonnen werden, die zu verdichtenden Erkenntnissen oder auch gesicherten Diagnosen geführt haben und deshalb andere Informationen transportieren müssen als die, die für das Handeln im initialen Notfallgeschehen relevant sind. Der sinnhafte und praktische Übertrag der Formulierung „Verlegung/Entlassung“ ist mit seinen innewohnenden Merkmalen wiederum abhängig von der Verantwortungshoheit der ärztlichen Qualifikation. Insbesondere die Entlassung aus der Behandlung, im Rahmen des Case Managements<sup>318</sup>, stellt eine hoheitliche ärztliche Tätigkeit dar. Die damit meist verbundene Terminierung des Teilprozesses, mit der Disposition der Patienten in unterschiedlichste Versorgungsbereiche, ist vielfach auch als Abschluss des Kernprozesses zu sehen. Damit sind neben der Vervollständigung der Unterlagen, Informationen und deren Weiterleitung auch interne Prozesse des Erlebens und Verarbeitens verbunden. Diese können im Rahmen der klinisch-praktischen Abschlussprüfung in Form eines reflexiven Debriefings eingesetzt werden. Dies meint die Darstellung des gesamten

---

<sup>313</sup> vgl. Kirsch et al. 2014, S. 426.

<sup>314</sup> vgl. Behringer et al. 2020, S. 6.

<sup>315</sup> vgl. Gunnerson et al. 2019, S. 2.

<sup>316</sup> vgl. Reifferscheid 2013, S. 118.

<sup>317</sup> Universitätsklinikum Frankfurt 2010, S. 1.

<sup>318</sup> vgl. Deutsches Ärzteblatt 2008, S. 2175.

Prozessverlaufs ebenso wie die, zu einer Prüfung zugehörige, Gewährung von Argumentation und Begründung durchgeführter Interventionen wie getroffener Entscheidungen. Damit können die eigenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten, auch im Hinblick auf die interdisziplinäre wie multiprofessionelle Zusammenarbeit, erläutert und verifiziert werden. Dies dient einerseits der kritischen Reflexion der klinisch-praktischen Prüfung, andererseits kann damit auch das Bewusstsein der gegenseitigen Abhängigkeit kommuniziert werden. So wird der Subprozess sowohl der kritisch-reflexiven Darstellung der abgeschlossenen Handlungen im Sinne eines Prozessverständnisses, als auch dem konstruktiven und kooperativen Anliegen, rollenkonform und zeitgerecht Maßnahmen zu beurteilen und ein Feedback zeitnah zu adressieren.

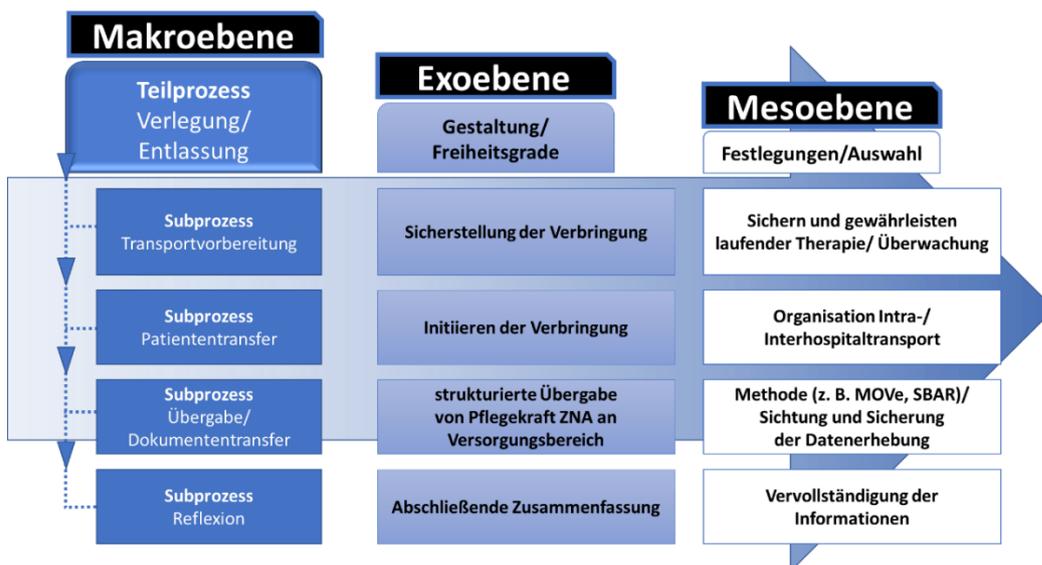


Abbildung 11: Pflegebezogene Prozesse bei Teilprozess "Verlegung/Entlassung"; eig. Darstellung.

Der Teilprozess „Verlegung/Entlassung“ wird damit wie folgt definiert: **Abschließende Sicherstellung eines komplikationslosen und auf die Patientensicherheit fokussierten Transfers in den vorgesehenen Bereich zur Fortführung der Behandlung des Notfallpatienten unter Einbeziehen und Reflexion des Verlaufs und seiner Beurteilung.**

#### 4.3 Überführung immanenter Merkmale auf die Prüfungskonzeption

Die Überführung der systemisch-ökologischen Perspektive auf die Prozessebenen kann als Erkenntnisgewinn genutzt werden, um dem situativ-sozialen Beziehungshandeln zur Prüfungskonzeption einen Verfahrensablauf zuzuweisen. Sie ermöglicht die Darstellung der rahmenden Elemente als immanent, sowohl deskriptiv prägend als auch defizitär nutzbar. Im Handlungsfeld ist die Sicherstellung der Versorgung von Notfällen und der Versorgungsqualität, unabhängig der Zugehörigkeit zu Versorgungsstufen und/oder der (vergüteten) Teilnahme an der Notfallversorgung, zu definieren. Aus makropolitischen Sicht ist dies systemübergreifend durch eine Versorgungseffizienz und Effektivität, durch Orientierung am Kernprozess und seiner hinterlegten Teilprozesse sicherzustellen. Die Subprozesse sind dabei von inhaltlicher Relevanz zur jeweiligen Zielerreichung, die im Kontext der Prüfung der Definition der Teilprozesse entnommen werden kann. Die

einzelnen Subprozesse sind jedoch nicht chronologisch und permanent zu attestieren. Vielmehr bieten sie eine Orientierung zur Erfassung der prüfungsrelevanten, pflegebezogenen Prozesse im Notfallgeschehen. Um mit dieser Dynamik weiterhin die hohe Güte der Versorgung sicherzustellen, benötigt das Handlungsfeld, neben dem Schnittstellenverständnis, speziell qualifiziertes Personal und ein Team, welches durch seine interdisziplinäre Aufstellung eine hohe Versorgungsqualität im Risikobereich der ZNA gewährleistet. Dabei sind die dominanten Rechtsbeziehungen verbindlich und die übergeordneten Gesetze und Normen sind auf Anrechte, sowohl auf Seiten der Patienten als auch der Mitarbeiter, und Verpflichtungen zur Umsetzung der erforderlichen Evidenz zu überführen. Die daraus im Handlungsfeld resultierenden Leitlinien/SOP sollen, neben den Verantwortungen einzelner Disziplinen für Handlungen und den erforderlichen Qualifikationen für Arbeitsschritte, auch eine forensische Absicherung ermöglichen. Notfallsituationen sind dabei gekennzeichnet durch einzigartige und individuelle Ausprägungen klinischer Manifestationen, meist ohne eine bestehende, sichere Diagnose. Die potenziell vitale Bedrohlichkeit bedarf einer steten Priorisierung, wie interdisziplinären Aushandlung bei steter Abstimmung und präventiver Abschätzung der interdependenten, situativen Lage. Das Handeln ist zusätzlich von Aspekten wie Stress und Zeitdruck gekennzeichnet, die eine Dynamik des Geschehens zu Lasten von Planbarkeit und geordnetem Vorgehen bedingen. Das Anwenden von Handlungsanweisungen und Algorithmen soll dem entgegenwirken.

#### 4.3.1 Prüfungskonzeption auf Makroebene

Der zu Beginn formulierten Zielsetzung eins, der Erfassung immanenter Merkmale bei bestehender Heterogenität des Handlungsfeldes, kann durch die Überführung der Strukturen auf die Prozessebenen entsprochen werden. Die zusammengefassten Erkenntnisse lassen sich letztlich als Referenzen bezeichnen und bilden damit Grundlage zur Herleitung objektivierender Merkmale der Notfallversorgung, sowohl auf struktureller als auch auf prozessualer Ebene. Sie werden im Handlungsfeld und auf das situativ-soziale Beziehungshandeln überführt und im Rahmen der klinisch-praktischen Abschlussprüfung zwischen Weiterbildungsstätte und der jeweiligen ZNA entsprechend berücksichtigt und abgestimmt werden müssen. Zugrunde gelegt wird ein dazu notwendiges und vergleichbares Kompetenzverständnis im Bildungsföderalismus. Trotz der bestehenden, uneinheitlichen Ordnungsmittel und der differenten curricularen Vorgaben und Ausgestaltungen, stellt die Performanz einen Teilaspekt dieser Kompetenz dar. Im Rahmen der Abschlussprüfung wird der Situations- wie Subjektbezug angestrebt, der zur Teilnahme den erfolgreichen Abschluss aller vorausgegangenen Module voraussetzt. Dieses zu entwickelnde Verfahren kann damit als komplexe und holistische Prüfung angesehen werden, die das geprägte situativ-soziale Beziehungshandeln abbilden soll. Inhaltliche Aspekte sind dabei orientiert an den Zielsetzungen der hinterlegten Teilprozesse. Diese weisen auf der Exoebene beschreibbare Freiheitsgrade auf, die im Rahmen einer gestalterischen Abstimmung zwischen der Weiterbildungsstätte und dem

jeweiligen Handlungsfeld konkretisiert werden müssen. Einer naheliegenden Überprüfung einzelner Subprozesse im Prüfungsverlauf kann jedoch durch die gewonnenen Erkenntnisse nicht zugestimmt werden. Sie entsprechen weder dem Prozessverständnis noch dem Fallverstehen.

<b>Prüfungskonzeption auf Makroebene</b>	
<b>Kompetenzverständnis (hier Performanz im DQR/zentrale Dimensionen)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherheit in Anforderungssituationen mit breitem Leistungsspektrum zur Bearbeitung komplexer Probleme durch Methoden und verantwortlichem Arbeiten in Expertenteams</li> <li>• deutlichen Subjekt- und Situationsbezug durch Fallverstehen</li> <li>• die Disposition einer Person, selbstorganisiert zu handeln</li> <li>• die Disposition zur Bewältigung komplexer Handlungssituationen in verschiedenen Kontexten durch eigenständiges Gestalten von Arbeitsprozessen</li> <li>• Rückgriff auf bereits vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten durch selbstständige Entscheidungen</li> </ul>	
<b>Strukturmerkmale in der klinisch-praktischen Abschlussprüfung</b>	<b>Prozessmerkmale in der klinisch-praktischen Abschlussprüfung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominante Rechtsbeziehung bei verknüpften Ressourcen</li> <li>• wechselseitige Abhängigkeiten und Beziehungen zu angrenzenden Versorgungsbereichen prä- wie innerklinisch</li> <li>• Interdisziplinarität und Multiprofessionalität sind Faktoren für Behandlungserfolg</li> <li>• Defizite im Sinne Mangel/Verfügbarkeit an/von ärztlicher Kompetenz/formaler Qualifikation</li> <li>• Nicht – Bestehen bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientengefährdung</li> <li>• Mitarbeitergefährdung</li> <li>• fachliche Fehler ohne Toleranz</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronologie der Teilprozesse <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administration/Aufnahme</li> <li>2. Medizinische Diagnostik</li> <li>3. Verlegung/Entlassung</li> </ol> </li> <li>• Zielerreichung der Teilprozesse global</li> <li>• Subprozesse zur Workflowbeschreibung</li> </ul>

**Tabelle 2: Prüfungskonzeption auf Makroebene; eig. Darstellung.**

Im Verstehen der Prozesse ergeben sich neuralgische Aspekte. So stellen sich, wie beschrieben, die einzelnen Subprozesse insbesondere in ihrer Überführung auf die Mesoebene häufig nicht einheitlich und mit benötigter, ausreichender Trennschärfe dar. Die Möglichkeit durch die Methode der Simulation diese Trennschärfe möglichst kongruent umzusetzen, wird dem realen Pflegehandeln nicht umfänglich gerecht. Dies meint, dass die, eine Notfallsituation und das Handeln in der ZNA, prägenden Merkmale, wie häufige Unterbrechungen oder auch das parallele Durchführen mehrerer, in den einzelnen Subprozessen inkludierten Interventionen gleichzeitig, nicht vorgegeben oder als gleich gehandhabt angesehen werden können.<sup>319</sup> Vielmehr zeigt sich durch diese heterogenen Prägungen, inwieweit die erwartbaren Entwicklungsprozesse, z. B. in Form der kennzeichnenden Elemente im Kompetenzverständnis, aktiv, konstruktiv und kooperativ in Erscheinung treten. Die beschriebenen Merkmale der pflegebezogenen Subprozesse sind im situativ-sozialen Beziehungshandeln, als zu erreichende Ziele der Teilprozesse, für die Überprüfung dieser Entwicklungserscheinungen nutzbar. Ihre Legitimation erfahren sie als identifizierte, feste Bestandteile des interdisziplinären und bestmöglichen Versorgungsprozesses eines Notfalles mit den hinterlegten Merkmalen

<sup>319</sup> vgl. Weigl et al. 2021, S. 234.

der Leitsymptomorientierung und Ersteinschätzungskategorien als vergleichbares klinisches Bild.

#### 4.3.2 Prüfungskonzeption auf Exoebene

Dies wird in Form des Referenzrahmens weiter verdichtet. Die ihm hinterlegten Teilprozesse bedürfen einer Beschreibung der ihnen innewohnenden Merkmale und ihrer Freiheitsgrade, die zur Gestaltung des Prüfungsverfahrens dienen und Entwicklungserscheinungen in Form eines Prozessverständnisses erlauben. Dabei gilt es, sowohl das Prüfungsverfahren mit Referenzen zu beschreiben, als auch die inhaltliche Gestaltung zu legitimieren. Diese Merkmale verfolgen das Ziel, abgeleitet aus der Makroebene der Prüfungskonzeption, für die Absolventen faire Bedingungen durch ähnliche Fallspezifikationen zu schaffen. Hierzu müssen die Ausgangsbedingungen verbindlich definiert sein.

<b>Prüfungskonzeption auf Exoebene</b>	
<b>Rahmenbedingungen des simulativen Prüfungsverfahrens</b> Ziel: faire und vergleichbare Ausgangslage der jeweiligen Notfallsituation	
<b>Vergleichbarkeit/Bestimmung</b>	<b>angestrebte Kongruenz/Fairness</b>
Ankündigung des Patienten unter Angabe der leitenden Symptomatik und Zeitangabe bis Ankunft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfungsvorbereitung</li> <li>• Initiierung von Ressourcen</li> </ul>
Klinische Manifestation des Behandlungsanlasses und -bedarfs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersteinschätzungskategorie (MTS gelb/ESI 3)</li> <li>• (Sofort-)Interventionen</li> </ul>
Verbringung als Transport mit RTW ohne NA-Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsgehalt zur Datenerfassung</li> <li>• Komplexität der Anforderungssituation (Defizite, Ressourcen)</li> </ul>

**Tabelle 3: Prüfungskonzeption auf Exoebene; eig. Darstellung.**

Aufgrund der Vielzahl an möglichen Freiheitsgraden, die eine jede Notfallsituation mit ihrer jeweiligen klinischen Manifestation individuell charakterisiert, erfolgt der Übertrag des Referenzrahmens auf die Workflowbeschreibung, jeweils abschließend mit einer zu erreichenden Zielsetzung der einzelnen Teilprozesse im Verfahrensablauf. Es gilt, diesen Workflow in enger Abstimmung mit dem entsendenden Handlungsfeld vorzunehmen. Damit soll, trotz der potenziellen Bias der Künstlichkeit durch Simulation (s. S. 98), dem situativ-sozialen Beziehungshandeln in eigenen Strukturen, weitestgehend begegnet werden. Die beschriebenen Elemente der Makroebene sind weiter auf die Exoebene zu überführen. Die Erkenntnisse zur notwendigen Simulation werden ebenso implementiert wie legitimiert, um die angestrebte Vergleichbarkeit trotz der inhaltlichen Freiheitsgrade zu ermöglichen. Dies wird ausführlicher anhand der Workflowbeschreibung der Teilprozesse dargestellt werden (s. S. 90 f.).

#### 4.3.3 Prüfungskonzeption auf Mesoebene

Im Teilprozess „Administration/Aufnahme“ muss im Rahmen der Vergleichbarkeit der klinisch praktischen Abschlussprüfung sichergestellt sein, dass ähnliche Möglichkeiten und Bedingungen zur Daten- und Informationsgewinnung genutzt werden können. Ihm

kommt damit eine besondere Bedeutung zu. Dies wird durch die Inkludierung der immanenten Merkmale zur Gestaltung des Erstkontaktes ersichtlich und in Form einer strukturierten Übergabe vom Rettungsdienst an den Absolventen erreicht. Auf der Mesoebene ist festzulegen, welche Methode hierbei innerhalb der Organisationseinheit der jeweiligen ZNA genutzt und damit der Alltagspraxis des Absolventen entspricht. Dazu ist es im defizitären Verständnis möglich, diese Übergabesituation variabel zu gestalten. Dies meint einerseits zwar die im Vorfeld erfolgte Festlegung auf eine alltagspraktische Übergabemethode, andererseits jedoch nicht die Vorgabe zu deren vollständiger, korrekter Umsetzung seitens des Rettungsdienstes. So bleibt es möglich, auch potenzielle Veränderungen zwischen Schilderungen und klinischer Präsentation, ebenso wie die möglichen Fehleinschätzungen im präklinischen Bereich, durch den festgelegten Informationsgehalt in die Prüfung zu integrieren. Diese dienen der Provokation von Entwicklungserscheinungen, die der Notfallpflege über das berufliche wie fachliche Selbstverständnis hinaus, auch dem, mit der Weiterbildungsstätte abgestimmten, Berufsbild und Rollenverständnis innerhalb der entsendenden ZNA entsprechen kann. Die notwendige Ersteinschätzung der Behandlungspriorität soll im Rahmen der auf Exoebene festgelegten Ausprägung in die beschriebenen Kategorien erfolgen. Dies macht die Festlegung auf das abteilungsintern genutzte Instrument erforderlich. Dabei erfolgt die Operationalisierung auf Mikroebene daran orientiert. Im Rahmen der Beschreibung der Notfallsituation kann so einerseits eine ähnliche Dringlichkeit im Behandlungsanlass erreicht, andererseits aber auch die zeitlich ähnlichen Korridore zur Gestaltung des Erstkontaktes, ohne eine rechtssichere Verantwortungsübernahme durch einen Arzt, resultieren. Der erforderliche, interdisziplinäre Abstimmungskontext zur weiteren Behandlung bedarf dann weiterer fallspezifischer Interventionen. Diese sind orientiert an der Präsentation der leitenden Symptomatik und abgestimmt mit den üblichen Verfahren der entsendenden ZNA. Hierunter fallen dann auch Erwartungen, die dem Verständnis der steten Gewährleistung von Patienten- wie Mitarbeitersicherheit und der optimalen Versorgungsqualität entsprechen. So sind die durch die Behandlungsdringlichkeit in der Präklinik bereits initiierten Maßnahmen weiterzuführen, zu sichern und zu ermöglichen und darüber hinaus die gewonnenen Informationen und Daten zu verifizieren. Durch die Festlegung einer validierten Behandlungsdringlichkeit können diese Interventionen vergleichbar gestaltet sein. Damit werden das Fortführen bestehender Überwachungsmaßnahmen und auch bereits präklinisch initiiertes, therapeutischer Interventionen sichergestellt und fair. Die erfassten Daten und Informationen stellen einerseits den jeweils aktuellen und verifizierten Ist-Zustand des Patienten dar, andererseits dienen sie im interdisziplinären Kontext der abgestimmten Entscheidungen zur weiteren Behandlung. So können präventive Interventionen berücksichtigt und kommuniziert werden. Damit steht ebenso frei, in welcher Form eine Dokumentation oder das Datenerfassen erfolgt. Dies erlaubt sowohl ein EDV-gestütztes Vorgehen als auch eine klassische Übergabe an das Team oder den hinzukommenden Arzt.

Diese konzeptionellen Prüfungselemente werden dann weiter auf die Mesoebene überführt. Auch hier ist insbesondere die den weiteren Verlauf beeinflussende Ausgangssituation des Notfalles maßgeblich. Ebenso soll eine sorgfältige Planung eine angestrebte größtmögliche Nähe zum Handlungsfeld des Absolventen aufweisen. Der Abstimmungsprozess auf der Mesoebene inkludiert dazu die typischen Merkmale und Elemente der jeweiligen ZNA, die so berücksichtigt und in das Prüfungsverfahren implementiert werden können. Neben fachlichen Fehlern können auch Rahmenbedingungen definiert sein, die in der Praxis zu Patienten- wie Mitarbeitergefährdungen führen und auch im realen Handlungsfeld als solche beurteilt werden würden. Dies meint das leitsymptomorientierte Vorgehen und seine zugehörigen Interventionen und zu nutzenden Ressourcen. Hierbei sind Abstimmungen vor dem Hintergrund des „Nicht-Bestehens“ zu treffen.

<b>Prüfungskonzeption auf Mesoebene</b>	
<b>Rahmenbedingungen der Workflowbeschreibung</b>	
<b>Ziel: Berücksichtigung der lokalen Bedingungen der ZNA zur Adressatenorientierung</b>	
<b>Festlegungen</b>	<b>Adressatenorientierung</b>
Ausgangslage <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitsymptom des Prüfungsfalls</li> <li>• Art der Ankündigung</li> <li>• Ersteinschätzungsinstrument</li> <li>• Übergabemethode</li> <li>• klinische Präsentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (häufige), übliche Notfälle der ZNA</li> <li>• typischer Kommunikationsweg (z. B. Telefon, Fax, EDV, Notfallkoordinator)</li> <li>• gegebene Informationen in der Ankündigung</li> <li>• typische Kommunikationsmerkmale Rettungsdienst und Pflege</li> <li>• erwartbare, präklinische Maßnahmen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergabesituationen               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Struktur</li> <li>▪ Methode</li> </ul> </li> <li>• Art der Unterstützungsleistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsgehalt bei Übergabe</li> <li>• übliches Schnittstellenmanagement und Kommunikationswege</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfahren</li> <li>• Komplikation (Dynamik)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bekanntes, übliches Procedere</li> <li>• typische Ressourcen (materiell, personell)</li> <li>• typisches Notfallmanagement</li> <li>• SOP/Verfahrensanweisungen</li> <li>• Alarmierungswege</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion/Evaluation Ist-Zustand</li> <li>• Abstimmung des Weiteren Prozederes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• übliche Form der Fixierung und/oder Weitergabe (z. B. Dokumentationssystem, Übergabeverfahren)</li> <li>• bekannte organisatorische Begebenheiten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbringung in Notfall- und Akutversorgungsbereiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination gewohnter, hausinterner Transporte und deren Sicherstellung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergabe und Reflexion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• konstruktive, aktive Darlegung von Entscheidungen</li> <li>• Begründung von Maßnahmen</li> <li>• Präsentation des Fallverstehens</li> </ul>

**Tabelle 4: Prüfungskonzeption auf Mesoebene; eig. Darstellung.**

Fachliche Aspekte ergeben sich dabei aus der Versorgungsqualität, die evidenzbasiert zu offensichtlichen Fehleinschätzungen oder dem Fehlinterpretieren von Situationen, die zu einer Verschlechterung des Patienten durch falsche, oder dem Unterlassen von gebotenen, Interventionen führen. Die Erwartungen an Vorgehensweisen im abteilungsinternen, gelebten Rollenverständnis der Notfallpflege können ebenfalls berücksichtigt und abgestimmt werden. Typische Erwartungen an den Absolventen, wie die Initiierung von Alarmierungswegen, Unterstützungs- und Hilfsangeboten bei auftretenden Komplikationen oder auch die konkrete Spezifizierung von Interventionen bei der Einleitung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen können darunterfallen. Im

Prozessverständnis und unter Berücksichtigung der Zielsetzungen der einzelnen Teilprozesse kann gewährleistet werden, dass diese, unter Ausschluss von Gefährdungen, durch den Absolventen erreicht werden können, ohne sie einem konkreten Subprozess zuordnen zu müssen.

Der Teilprozess „Medizinische Diagnostik“ weist, aufbauend und in Teilen anders als im vorgelagerten Teilprozess, die deutliche interdisziplinäre Abhängigkeit, insbesondere von hoheitlich ärztlichen Entscheidungen und Verantwortungen auf. Die vorangegangenen Erkenntnisse sollen abgestimmt die weiteren Schritte zur möglichst schnellen und sicheren Diagnosefindung festlegen. Aufgabe ist es, diese zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen. Der zugehörige Umfang ist, bedingt durch die Festlegung der Leitsymptomatik in Verbindung mit der Ersteinschätzungskategorie, verbunden mit dem Gewähren mehrerer Ressourcen. Für eine Vergleichbarkeit eignen sich z. B. Laboruntersuchungen oder auch der Einsatz von Assessmentinstrumenten, die der Leitsymptomatik entsprechen. Diese sind idealerweise anhand des aktuellen und anerkannten Stands von Wissenschaft und Forschung innerhalb von Verfahrensanweisungen oder anderen Standards hinterlegt und bilden das evidenzbasierte Vorgehen und fachliche Fertigkeiten ab. Diese leitenden Handlungsanweisungen sind weiterer Bestandteil der klinisch-praktischen Abschlussprüfung, wobei eine Festlegung anhand der Leitsymptomorientierung ebenso erfolgen kann, wie an einzelnen, medizinisch-technischen Verfahren.

Die Methode der Simulation bietet, gegenüber der Praxis, die Möglichkeit, fachliche Expertise in Erscheinung treten zu lassen, die der Dynamik des Notfallgeschehens Rechnung trägt, ohne die Sicherheit der an der Versorgung Beteiligten oder ihre Qualität zu gefährden. Diese Situationen sind typischerweise als eine Verschlechterung der Patientensituation gekennzeichnet, welche im Kontext der Simulation nicht nur präventiv berücksichtigend begegnet werden muss. Sie können in diesem geschützten Umfeld, in Form von geplanter Eskalation durch realitätsnahe Komplikationen, Entwicklungserscheinungen provozieren, die im Rahmen der Notfallsituationen mit Entscheidungsfindung unter den Merkmalen von Stress und Zeitdruck beobachtet und zugeschrieben werden können. Auch im Teilprozess „Medizinische Diagnostik“ ergibt sich eine notwendige, abschließende Zusammenführung der gewonnenen Erkenntnisse zur Sicherung/Verifizierung dieser. Neben der initialen Stabilisierung und Linderung ist so meist eine sichere Hauptdiagnose möglich. Eine abgestimmte Verbringung zum geeigneten Ort zur weiteren Therapie ist dabei der angestrebte Abschluss dieses Teilprozesses.

Die daran anschließende „Verlegung/Entlassung“, soll die Weiter- und Fortführung der begonnenen Therapie sicherstellen oder die vermutete Diagnose sichern. Hierzu muss der Patient an den geeigneten Ort verbracht werden. In engem Zusammenhang steht, neben der Organisation des Transportes, auch die Überwachung und Betreuung. Der entsprechende Ort ist dabei wieder in Abstimmung mit den lokalen Begebenheiten der Institution oder auch der ZNA abzustimmen.

Prüfungsdatum:	Prüfung von – bis:		
<b>Prüfungsdauer:</b>	<b>90 – 120 Minuten</b>		
<b>Fachprüfer der ZNA:</b>			
<b>Leitsymptom:</b>			
Prüfungsfall:	<input type="radio"/> ♀	<input type="radio"/> ♂	Alter
<b>Ankündigung per:</b>	<input type="radio"/> Tel.	<input type="radio"/> Fax	<input type="radio"/> EDV <input type="radio"/> Mündliche Information
(c)ABCDE - Problematik:		andere Übergabemethode:	
<b>SOP</b> zum Leitsymptom	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	<b>Ankunftszeit: 15 Minuten</b>
<b>Ersteinschätzung:</b>	<input type="radio"/> ESI	<input type="radio"/> MTS	<b>Kategorie: 3/gelb</b>

<b>Notizen zum Procedere bei Leitsymptomatik</b> (Normaler Ablauf zur Vorbereitung und Gestaltung des Erstkontaktes) <b>Aufnahme/Administration:</b> (z.B. typischer Informationsgehalt, Vorgehen, Interventionen, Abläufe)
<b>Notizen zu häufiger Diagnostik und Therapie</b> (Absprache und Orientierung an typischem Krankheitsbild/Verdachtsdiagnose) <b>Medizinische Diagnostik:</b> (z. B. übliche Verfahren, Abläufe im Notfall, Medizinprodukte, SOPs)
<b>Notizen zu üblicher weiterer Therapie nach Komplikation/Verschlechterung</b> (Klärung der weiteren Verbringung und der zugehörigen Organisation) <b>Verlegung/Entlassung:</b> (Organisation, Überwachung, Übergabestandard, Dokumentation)

**Abbildung 12: Auszug Checkliste „Abstimmung“ auf Mesebene; eig. Darstellung.**

Mit dem zu Beginn festgelegten klinischen Bild und der festgelegten Behandlungsdringlichkeit des Notfallpatienten kann einerseits die vorangegangene Dynamik des Notfallgeschehens gerechtfertigt werden. Andererseits erlaubt die inkludierte Verschlechterung des Zustands in Verbindung mit (lebensrettenden) Sofortmaßnahmen die Verbringung in Bereiche, die eine Notfall- und Akutversorgung weiterführen können oder den Zustand des Patienten adäquat überwachen können. Dies meint die sichere Versorgung in angrenzenden, innerklinischen Schnittstellen wie z. B. der Intensivstation, der IMC oder auch im Anästhesie-/OP-Bereich. Ebenso kann aber auch eine interhospitaler Verlegung oder auch die Verbringung in den, soweit vorhanden, der ZNA direkt angegliederten stationären Bereich berücksichtigt werden. Die Vergleichbarkeit ist entsprechend dadurch zu gewährleisten, dass der Zustand oder auch der erwartete Verlauf des Patienten als weiterhin „kritisch krank“ oder „potenziell gefährdet“ eingeschätzt werden kann. Damit bleiben auf der Mesebene in diesem Teilprozess weiterhin die Sicherung und das Gewährleisten der stattgehabten Interventionen sowie eine komplexere Anforderung an das Fallverstehen, auch in Übergabeprozeduren, vergleichbar. Der angestrebte Abschluss dieses Teilprozesses ist gleichzeitig der Abschluss der klinisch-praktischen Prüfung. Damit ist es möglich, den gesamten Versorgungsprozess reflexiv zu betrachten und Nachfragen oder auch klärende Aspekte der beobachteten Entwicklungserscheinungen zu berücksichtigen.

Damit bietet es sich an, die im Vorfeld zu treffenden Abstimmungen im Mesosystem der Weiterbildungsstätte und der ZNA bspw. durch Einsatz einer Checkliste (s. Abb. 12, vollständig in der Anlage) zu fixieren. Die entsprechenden Freiheitsgrade, wie z. B. der benannte Informationsgehalt bei der Übergabe vom Rettungsdienst an die Pflege, kann innerhalb der Absolventen eines Kurses oder eines Mesosystems bis hin zu föderalen

Konzertierungen erfolgen. Die sich aus der Checkliste ergebenden Informationen zur Operationalisierung, konkretisieren die aus den gewonnenen Erkenntnissen mögliche Workflowbeschreibung. Dabei werden die Rahmenbedingungen der jeweiligen Konzeptionsebenen aufgegriffen.

#### 4.4 Prüfungsrahmen

Die Prüfung wird als praktische Prüfung durch ein simulatives Verfahren ausgerichtet. Dieses kennzeichnet sich durch Bedingungen, die die aktiven, konstruktiven und kooperativen Entwicklungserscheinungen provozieren. Das selbstständige, eigenverantwortliche situativ-soziale Beziehungshandeln findet dabei im komplexen und prozessorientierten Handlungsfeld der ZNA statt, wobei lokale Bedingen implementiert werden und eine Adressatenorientierung gewährleistet wird. Eine grundsätzlich defizitäre Ausgestaltung über die gesamte Prüfung wird der Provokation der Entwicklungserscheinungen als zuträglich angesehen. Diese gelingt in der primären Abwesenheit und der im weiteren Verlauf bestehenden, minimalen Anwesenheit ärztlicher Kompetenz. Den in der Prüfung auftretenden Problemstellungen bei notwendiger Delegation von ärztlichen Verantwortungen gilt es, verfahrenstechnisch begegnen zu können. Die Anzahl weiterer Defizite und deren Auftreten soll festgelegt in der Patientenbehandlung erfolgen. Dabei ist der Ablauf orientiert an den drei Teilprozessen und seinen innewohnenden Subprozessen, die auf der Mesoebene abgestimmt sind. Ebenso sind festgelegt die Kriterien, die zu einem Abbruch des Prüfungsverfahrens führen. Hierunter fallen die, die an den Aspekten der Patienten- wie Mitarbeitergefährdung und einer entsprechend dem Leitsymptom ausgerichteten Beurteilung dieser Gefährdung ausgerichtet sind. Darüber hinaus führen ebenso fachliche Fehler zum Abbruch und damit dem „Nicht-Bestehen“ der Prüfungsleistung, die ohne die Möglichkeit einer Toleranz oder einer zeitnah möglichen Korrekturmöglichkeit einhergehen. Diese Fehler sind dabei an der Alltagspraxis orientiert.

Damit beginnt die Prüfung mit der Ankündigung der Ankunft des Notfalles, festgelegt auf 15 Minuten. Eine genaue zeitliche Abstimmung kann nach regionalen und lokalen Erfordernissen angepasst werden. Eine Vorbereitungszeit für die am Leitsymptom orientierten Maßnahmen des Absolventen ist jedoch zu gewähren (s. S. 96). Die Ankündigung erfolgt unter Angabe der im Vorfeld festgelegten Leitsymptomatik nach üblichem Verfahren bei gleichzeitig geringem Informationsgehalt. Der Notfall wird von einer RTW-Besatzung ohne einen begleitenden Notarzt liegend transportiert. Die präklinischen Maßnahmen sind am Leitsymptom orientiert und entsprechend der gängigen Praxis der regionalen Begebenheiten mit üblichem Aufwand, jedoch in reduziertem, dennoch ausreichendem Umfang. Daraus resultieren die Workflowbeschreibungen der einzelnen Teilprozesse. Diese stellen unter vorschlagendem Charakter, einen Orientierungsrahmen, unabhängig des Leitsymptoms, dar. Bei erfolgter Absprache zwischen der ZNA und der Weiterbildungsstätte kann daran adaptiert die Operationalisierung erfolgen, die im simulativen Kontext eine

entsprechende Fortführung der Teilprozesse zwei und drei ermöglicht. Aufgrund des konzeptionellen Vorgehens in dieser Arbeit erfolgt eine exemplarische Illustration anhand der Zielsetzung mit möglichen Defiziten und Störfaktoren des Teilprozesses „Administration/Aufnahme“. Dies soll dem Leser einen Eindruck vermitteln, wie die Überführung des Prüfungsrahmens in Form einer Workflowbeschreibung gestaltet werden kann. Die Defizite und Störfaktoren verfolgen die Provokation der Entwicklungserscheinungen, indem sie, orientiert an den Begebenheiten im Handlungsfeld des Absolventen, realitätsnahe und typische Unterbrechungen oder Verzögerungen bei der Patientenbehandlung verursachen können. Der quantitative und qualitative Einsatz dieser Vorschläge muss zukünftig in weiterer Empirie auf Sinnführung und Vergleichbarkeit geprüft werden, um die wissenschaftliche Güte des Testkonstrukts sowohl hinsichtlich der Defizite im Verfahren als auch in deren Vergleichbarkeit und Angemessenheit zu verifizieren.

#### 4.4.1 Zielsetzung Teilprozess „Aufnahme/Administration“

Unter Einbeziehen der erfolgten Definition kann das zu erreichende Ziel dieses Teilprozesses wie folgt formuliert werden:

*„Umsetzung einer zielgerichteten, sicheren und selbständigen Gestaltung des Erstkontakts zur Fort- und Weiterführung notwendiger und am Bedarf orientierter Interventionen, zur initialen Betreuung des Notfallpatienten. Die strukturierte und methodengeleitete Gestaltung legt Grundlagen zur Einleitung weiterer Arbeitsschritte und zur sinnführenden, abgestimmten Ressourcenauswahl für den weiteren Verlauf der Patientenbehandlung. Hierzu werden alle zur Verfügung stehenden Ressourcen genutzt und einbezogen. Den festgelegten Defiziten und Störfaktoren wird aktiv, konstruktiv und kooperativ unter Wahrung der Professionalität und Sicherheitsaspekten begegnet.“*

Anhand einer solchen Zielsetzung können die Referenzen des Prüfungsrahmens um die jeweiligen Defizite der ZNA erweitert werden.

#### 4.4.2 Defizite und Störfaktoren im Teilprozess „Aufnahme/Administration“

Die Defizite und Störfaktoren verfolgen das Ziel, Entwicklungserscheinungen zu provozieren, die besonders die Merkmale des Elements „Molare Aktivitäten und Tätigkeiten“ (s. S. 16) sichtbar machen. Diese sollen z. B. das Prozessverständnis durch Unterbrechungen des Handlungsablaufs stören oder auch die bedeutungs- und absichtsvollen Wahrnehmungen in Frage stellen können. Sie werden zukünftig hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Güte entwickelt und auf ihre Reliabilität geprüft werden müssen. Damit wird es notwendig, Bewertungen zu konzipieren, die diese Entwicklungserscheinungen erfassen können. Exemplarisch seien in der Sinnführung die Reaktion auf Störfaktoren im Rahmen der Gestaltung des Erstkontaktes, wie Telefonklingeln oder eine frustrane Bitte um Unterstützungsleistungen, benannt.

mögliche Defizite (D)/Störfaktoren (S)	
<b>Übergabe</b>	
Methode: z. B. ABCDE	unvollständig (D)
Informationsgehalt:	wenig Informationsgehalt (D)
	Verrichtungsorientierung (S)
<b>Ersteinschätzung</b>	
Instrument: z. B. MTS	Bedürfnisse des Patienten (/S)
Ergebnis: gelb (evtl. orange)	grenzwertige Patientensituation (S)
<b>Sofortmaßnahmen</b>	
Sicherung/Fortführung	Unterbrechung der Überwachung durch Rettungsdienst/Patient (S)
	unvollständiges Equipment (D)
Verifizierung/Einleitung	Fehlerquelle im Monitoring (S)
	Störung des Arbeitsablaufes (D)
<b>Datenerfassung/Doku</b>	
Ist-Zustand	Differenz zwischen Daten und klinischem Bild (D)
Unterlagen	unvollständig/veraltet (D)
kollegiale Unterstützung	nicht verfügbar (D)

Tabelle 5: Vorschläge zu möglichen Defiziten und Störfaktoren; eig. Darstellung.

Durch diese soll sichtbar werden, wie der Absolvent aktiv, konstruktiv oder auch kooperativ mit diesen, das Handlungsfeld charakterisierenden, defizitären Merkmalen, umgeht. Die aufgeführten Bewertungsskalen und die dort hinterlegten Items sollen in Form von Merkmalen Möglichkeiten, auch einer potenziell graduellen Einteilung, von Ausprägungen veranschaulichen, die als Entwicklungserscheinungen zu verstehen sein können.

Item/Merkmal	Ausprägung	
<b>Selbstständigkeit</b>	entscheidungsfreudig ↔	entscheidungsscheu
<b>Struktur</b>	logisch ↔	unlogisch
<b>Ressourcennutzung</b>	effizient ↔	ineffizient
<b>Interventionen</b>	sicher ↔	unsicher
<b>beobachtete Interventionen:</b>	aktiv ↔	angeregt durch Andere
1		
2		
3		
<b>Methodenauswahl</b>	korrekt ↔	inkorrekt
<b>eingesetzte Methoden:</b>	eigenverantwortlich ↔	abhängig
1		
2		
3		
<b>Beziehungsgestaltung</b>	kooperativ ↔	verrichtungsorientiert
<b>Ausführung von Interventionen</b>	beharrlich ↔	inkonstant
<b>Begegnung der Dynamik</b>	vorausschauend ↔	spontan
<b>Umgang mit Defiziten/Störungen</b>	konstruktiv ↔	unsicher

Tabelle 6: Vorschläge zur möglichen Erfassung von Merkmalsausprägungen; eig. Darstellung.

Die Bezeichnung der Items ist dabei angelehnt an die kennzeichnenden Elemente des Mikrosystems nach BRONFENBRENNER. Sie stellen einen subjektiven Übertrag des Autors aus den gewonnenen Erkenntnissen im Verständnis ihrer Relevanz für die Konzeption dar und weisen nur teilweise gegenläufige Beurteilungen, z. B. eines „besser“ oder „schlechter“, aus, da sie eine kontextuelle Ausrichtung anstreben. Auch diese Illustration gilt es, zukünftig zu prüfen und zu verifizieren. Die weiter festzulegende Bestehens- oder Nicht-Bestehensgrenze kann ebenso durch globale Kriterien festgelegt sein (s. S. 108) und durch die Erfassung der Ausprägungen begründet werden. Legitim für ein „Nicht-Bestehen“/einen Prüfungsabbruch sind die Orientierungen an den rahmenden

Rechtsbeziehungen bei fachlichen Fehlern und den übergeordneten Sicherheitsaspekten für Patienten wie Mitarbeiter. Das Handeln im Notfallgeschehen ist mit Risiken verbunden, die im Voraus zwar adäquat und präventiv berücksichtigt werden können, denen jedoch situativ nur korrekt und abstufungsfrei begegnet werden kann. Damit sind Unterteilungen im klassischen Kontext einer Notenvergabe zwischen „Sehr gut“ und „ungenügend“ nach Auffassung des Autors ebenfalls für eine graduelle Hinterlegung in Form von Ratingskalen nicht geeignet.

#### 4.4.3 Workflowbeschreibung TP „Aufnahme/Administration“

An dieser Stelle erfolgt eine, vom Leitsymptom unabhängige, Beschreibung des Workflows. In Verbindung mit der vorgeschlagenen Checkliste (s. Anlage) kann diese Beschreibung konkretisiert und um die spezifischen Merkmale der jeweiligen ZNA erweitert werden. Die Ausformulierung soll dem Leser einen Eindruck vermitteln, inwieweit das analytische Potenzial des ökologisch-systemischen Ansatzes in einen Teilprozess überführt werden kann:

*„Nach Ankündigung und festgelegter Ankunftszeit von 15 Minuten verbringt die RTW-Besatzung einen Notfallpatienten liegend, anhand des festgelegten Leitsymptoms, in die ZNA. Hierbei präsentiert sich das klinische Bild an der Behandlungsdringlichkeit, beschrieben durch das jeweilige Ersteinschätzungsinstrument. Grundsätzlich sind Kontaktaufnahme und Kommunikation möglich. Die Übergabe erfolgt anhand des üblichen Schemas und ist durch wenig Informationsgehalt gekennzeichnet. Eine Unterstützung der Pflege seitens des Rettungsdienstes wird nach Aufforderung gewährt, eine Unterbrechung der präklinisch initiierten Maßnahmen wird vermieden und sicher fortgesetzt. Die Übergabe zielt auf ein vollständiges Erlangen aller möglichen Informationen ab, die von allen Anwesenden einholt werden können. Die klinische Manifestation erlaubt eine eindeutige Zuordnung, wobei eine „Überkategorisierung“ möglich, eine „Unterkategorisierung“ ausgeschlossen ist. Eine Fortführung und Sicherung der Therapie ist unterbrechungsfrei anzustreben, das benötigte Equipment muss umfänglich vorhanden und seine Funktionalität sichergestellt sein. Eine notwendige personelle Unterstützung ist zeitnah gewährt und die Gestaltung des Erstkontaktes kann störungsfrei erfolgen. Die so umfänglichen Daten und Informationen entsprechen dem klinischen Bild und ermöglichen eine erste Linderung und Stabilisierung des Notfallpatienten, wobei eine klare Orientierung an notwendiger, weiterer und abzustimmender Diagnostik erfolgt.“*

Auch an dieser Stelle muss geprüft werden, in welchem Ausmaß Entwicklungserscheinungen provoziert werden sollen, um die Realitätsnähe und die Angemessenheit zu erhalten.

#### 4.4.4 Workflowbeschreibung TP „Medizinische Diagnostik“

Eine Weiterführung des Teilprozesses und seiner Workflowbeschreibung sind in hohem Maße vom Notfall-/Krankheitsbild, dem abgestimmtem Leitsymptom und den jeweiligen

lokalen Begebenheiten abhängig. Dies ist ebenso den zu modifizierenden Zielsetzungen wie den Defiziten und Störfaktoren zu attestieren. Die folgende Beschreibung ist weiterhin illustrierend, um die prägenden Merkmale des Referenzrahmens zu verdeutlichen.

*„Die getroffenen Maßnahmen zur Weiterführung und Sicherung der Therapie werden unter Einbeziehen der institutions- oder abteilungsinternen Verfahren erweitert und gesichert. Notwendige Diagnostik oder benötigte Konsiliare werden initiiert und abgestimmt und in ihrer Umsetzung unterstützt. Standardisiert erfolgt neben der Anlage einer peripheren Venenkanüle, weitere Labordiagnostik, wobei eine Probengewinnung unter am Leitsymptom adaptierter Präanalytik erfolgt (z. B. erweitert um Mikrobiologie oder Blutgasanalyse). Ein typisches, standardisiertes, technisches Verfahren kommt zum Einsatz, wie z. B. das Schreiben eines 12-Kana-EKG oder die Durchführung einer Immobilisation. Es erfolgt die Applikation mindestens eines Notfallmedikaments. Die getroffenen Maßnahmen und die erhobenen Daten werden hinsichtlich ihrer fallspezifischen Plausibilität geprüft und die erhobenen Messwerte werden kontextuell interpretiert, kommuniziert und notwendige Interventionen ab- und eingeleitet. Im Verlauf der Versorgung tritt eine Verschlechterung des Patientenzustandes ein, welche zu potenziell lebensbedrohlichem Ausmaß führen kann. Es erfolgt ein strukturiertes Vorgehen, z. B. durch Anwenden des (c)ABCDE – Schemas, zum Notfallmanagement. Hierbei erfolgt das leitlinienorientierte Vorgehen bei lebensrettenden Sofortmaßnahmen nach hausinternen Vorgaben und unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen und Alarmierungspfade. Der Einsatz mindestens eines Medizinproduktes, wie z. B. Defibrillator, Pacer, Beatmung- oder Narkosegerät, wird erforderlich. Getroffene Maßnahmen werden interdisziplinär kommuniziert und unterliegen steter Evaluation und forensischer Absicherung.“*

#### 4.4.5 Workflowbeschreibung TP „Verlegung/Entlassung“

Die Weiterführung dieses Teilprozesse ist ebenfalls illustrierend:

*„Die getroffenen Maßnahmen und der Patientenzustand bedürfen einer stationären Aufnahme. Die Organisation und Vorbereitung des Transportes werden umgesetzt. Die Sicherung der Weiterführung der Therapie, auch durch eingesetzte Medizinprodukte und der Fortführung der medikamentösen Therapie werden sichergestellt. Der Patienten-, Daten- und Dokumentationstransfer wird umgesetzt und es erfolgt eine Vervollständigung und Nachbereitung der Patientenbehandlung. Abschließend findet ein Reflexionsgespräch zum Verlauf der Versorgung und zum prognostizierten Verlauf des Falles statt.“*

#### 4.5 Zusammenfassung des zweiten Teils

Durch die Zusammenführung der immanenten Merkmale auf der Struktur- und der Prozessebene, konnten vergleichbare Elemente zur Konzeptionierung einer klinisch-praktischen Abschlussprüfung zur Abbildung pflegebezogener Prozesse in der ZNA bestimmt werden. Es erscheint sinnführend, die gesamte Prüfungsdauer des

Versorgungsprozesses in der ZNA in einem Zeitraum von 90 – max. 120 Minuten anzulegen. Dabei entfallen unterschiedliche Zeitaspekte auf die einzelnen Teilprozesse. Diese zeitlichen Überlegungen stellen erneut das prägende Merkmal fehlender Vorhersage- und Planbarkeitsmöglichkeit unter Dynamik im Verlauf heraus. Die illustrierenden Beispiele, wie die aufgeführten Medizinprodukte, sind vom Notfallgeschehen abhängig und haben in dieser Arbeit vorschlagenden Charakter. Dessen ungeachtet können sie verdeutlichen, inwieweit eine Konkretisierung des Referenzrahmens auf die Mesoebene erfolgen kann. Hiermit sind Standardmaßnahmen für die Absolventen ähnlich, wenn nicht gar identisch, beschreibbar und im Umfang und Ausmaß des Notfallgeschehens zur Vergleichbarkeit begrenzt.

Eine Bewertung der Teilprozesse kann an dieser Stelle in Form eines Angebotes gemacht werden, wobei dieses den Erkenntnissen zum OSCE entsprechen soll. (s. S. 106-110). Die im Vorfeld bereits begründete, nach Ansicht des Autors sinnführende, Bewertung durch globale Kriterien, erscheint auch an dieser Stelle konsequent. Durch die Workflowbeschreibung der einzelnen Teilprozesse können diese Entwicklungserscheinungen zwar weiterhin nicht festgelegt werden. Es wird jedoch möglich, dass angestrebt aktive, kooperative und konstruktive Potenzial nachzuvollziehen, welches unter den immanenten Merkmalen und dem Kompetenzverständnis, als Performanz beobachtet werden kann. Die Selbstständigkeit und die Eigenverantwortlichkeit müssen im interdependenten und interdisziplinären Versorgungsprozess in Erscheinung treten, um die entsprechende Zielsetzung des jeweiligen Teilprozesses und des Gesamtprozesses unter der Patienten- wie Mitarbeitersicherheit sowie der Versorgungsqualität zu erreichen. Damit kann die Vermutung nahegelegt werden, dass das erfolgreiche Vermeiden von Fehlern und das Behandeln von auftretenden Komplikationen der Zielsetzung eines erreichten, adäquaten Versorgungsprozesses entsprechen kann. Dieser benötigt dann keine weitere Unterteilung einer Erfolgsmessung über das Maß des „Bestanden“ oder des „Nicht-Bestanden“ hinaus. Die charakteristische und festgelegte Ausprägung der Notfallsituation allein ist bereits limitierend für eine solche, summative und abgestufte Bewertung der Leistung. Die Bewertungsfaktoren können durch unterstützende Bewertungsskalen erfolgen, die auch die Transparenz im Bewertungsverfahren erhöhen. Einbezogen werden können an dieser Stelle erneut die Zulassungsvoraussetzungen zur Abschlussprüfung. Sie dienen als bewerteter Nachweis der jeweiligen Kompetenzen. Das Prüfungsverständnis (s. S. 20) kann dahingehend ausgelegt werden, dass die Bewertung der Performanz im komplexen Fallverstehen erfolgen kann. Durch ihren insgesamt deskriptiven und rahmenden Charakter erscheint es sinnführend, auch die für die Entwicklung wesentlichen Beurteilungs- wie Bewertungskriterien global, z. B. „kompetent“ versus. „nicht kompetent“, zu ermöglichen. Dies entspricht neben legitimierenden Erkenntnissen aus der Bildungsforschung (s. S. 105) auch dem Anspruch, die aktiven, konstruktiven und kooperativen Entwicklungserscheinungen zu erfassen. Sie werden so nicht durch üblicher- und notwendigerweise detaillierte, kleinteilig vordefinierte und einschränkende

Erwartungshorizonte beeinflusst. Die aktiven, konstruktiven und kooperativen Entwicklungserscheinungen können in der Performanz erfasst und in ihrer Ausprägung beurteilt werden. Dies lässt sich im Kontext der Notfallpflege unter den dargestellten Aspekten im Verständnis von Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit legitimieren. Im weiteren Verlauf der Arbeit gilt es nun, diese Erkenntnisse auf ein mögliches Prüfungsverfahren zu übertragen.

## 5 Abbildung der Erkenntnisse im „mOSCE-NA“ – Teil 3

Pflegehandeln ist, wie zu Anfang dargestellt, eingebettet in Pflegesituationen mit im Notfallgeschehen häufig erschwertem Beziehungsaufbau. Dies wird in dieser Arbeit unter Bezugnahme zur ZNA als situativ-soziales Beziehungshandeln bezeichnet. Es weist im Rahmen der in den Teilen eins und zwei vorgestellten Heterogenität der Notfallversorgung unterschiedliche Ausprägungen, bedingt durch objektiv wie subjektive Wahrnehmungen von Behandlungsanlass und -bedarf, auf. Die Interaktion mit Personen und Netzwerken sind in Form der Interdisziplinarität und Interdependenz prägende Merkmale und damit konsekutiv ebenso Bestandteile der klinisch-praktischen Abschlussprüfung wie das Prozessverständnis, in dem Merkmale einzelner Subprozesse die Zielerreichung der Teilprozesse und so die Patientenbehandlung unterstützen. Die Prüfung isolierter Facetten (z. B. Abprüfen von Wissen, Demonstration technischer Fertigkeiten) allein ist für Abschlussprüfungsverfahren zur Abbildung von Performanz in Notfallsituationen damit nicht haltbar. Dennoch ist es von Nöten, gerade für die Notfall- und Akutversorgung spezielle Fertigkeiten und Fähigkeiten zu trainieren, um besonders in mit Stress und Zeitdruck einhergehenden Situationen sicher handeln zu können.<sup>320</sup> Dies kann in Form der in den Ordnungsmitteln vorgegebenen Module sowie deren erfolgreichen Abschluss als Zulassungsvoraussetzung zu den Abschlussprüfungsverfahren vorausgesetzt werden. Diese Modulprüfungen sind klassische schriftliche, mündliche und auch praktische Prüfungen.<sup>321</sup> Die in den Weiterbildungszielen angestrebte Komplexität der Versorgung ist durch eine zugehörige Einbettung von Kommunikationsaspekten in diese Situationen ebenfalls obligat und wird, wiederum angelehnt an die Ordnungsmittel, auch hinsichtlich der curricularen Ausgestaltung unterstützt. Für diese Arbeit ist die Kompetenz damit als eine Gesamtheit verstanden. Sie ist im Rahmen der Abbildung in Prüfungen und besonders von Notfällen jedoch mit Einschränkungen verbunden. Ihr Erfassen ist einerseits wesentlich im Sichtbaren, also in der gezeigten „Performanz“, die auf Kompetenzen schließen lässt, möglich. Andererseits muss der erforderliche Kontext des prozessualen Fallverstehens unter den besonderen Bedingungen der Notfall- und Akutversorgung berücksichtigt werden und Patientenschaden klar vermieden und sicher

---

<sup>320</sup> vgl. Vetter et al. 2015, S. 303.

<sup>321</sup> s. die in dieser Arbeit aufgeführten Ordnungsmittel

ausgeschlossen werden.<sup>322</sup> Dies wird in den folgenden Kapiteln dargestellt und bildet die argumentative Grundlage zur Entwicklung des Prüfungsverfahrens.

## 5.1 Prüfungen in der Fachweiterbildung

In den Fachweiterbildungen bilden Prüfungen zur Evaluation des Lehr- und Lernerfolgs wichtige Eckpfeiler. Sei es einerseits, um den Weiterbildungsteilnehmern ihren aktuellen oder bisherigen Kenntnisstand im jeweiligen Prüfungsfach mitzuteilen, oder den Aus- und Weiterbildungsstätten einen Überblick über die Effektivität der Ausbildung zu geben. Darüber hinaus werden sie eingesetzt, um der Gesellschaft ein gewisses objektivierbares Maß an Kompetenz und Qualität zu garantieren. Prüfverfahren haben dabei unterschiedliche Funktionen. Im Rahmen der Fachweiterbildung Notfallpflege ist es notwendig, geeignete Aufgaben und Formate für kompetenzorientiertes Prüfen zu finden oder auch zu entwickeln. Dies ist, in Form der Berücksichtigung der Vorgaben durch die Ordnungsmittel, auf curricularer Ebene durch die Anbieter sicherzustellen. Hierbei spielen Aspekte der Notengebung eine Rolle, aber auch die Definition von Gütekriterien, die ein entsprechendes Prüfverfahren als geeignet oder auch ungeeignet erscheinen lassen. Mittlerweile ist bekannt, dass sich ein hoher Anteil von Lernaktivitäten auf die Noten, das „bestanden“ oder „nicht bestanden“ und das Feedback beziehen.<sup>323</sup> Dies erfordert eindeutige Hinweise und Anreize in Bezug auf die Lernanforderungen von Prüfungssituationen aber auch, dass die Prüfungsaufgaben und deren Anforderungen sich eng an den angestrebten Lern- sowie Kompetenzziele orientieren müssen. Hierbei sind nicht nur fachliche, sondern auch überfachliche Aspekte von Interesse. Dies meint im Kontext dieser Arbeit die Orientierung am beschriebenen Handlungsfeld. Im Rahmen der Abschlussprüfung sind die dort zu verortenden Aufgabenkomplexe, die zusammengehörigen beruflichen, lebens- und gesellschaftsbedeutsamen Handlungssituationen, zu bewältigen. Diese sollen in Form einer simulativen Prüfung realisiert werden. Hierbei dienen die Teilprozesse einer möglichen Zielsetzung. Anhand der beschriebenen Definitionen dieser ergeben sich für die Prüfungskonzeption damit auch sinnführend globale Beurteilungs- und Bewertungskriterien. Diese können das „Bestehen“ oder auch „Nicht-Bestehen“ in Form der beobachtbaren, konstruktiven, kooperativen und aktiven Entwicklungserscheinungen zusätzlich zu, den Teilprozessen jeweils zugeordneten, Reflexionen ermöglichen. Daraus kann geschlossen werden, dass die Kriterien im Vorfeld nicht detailliert definiert werden müssen, sondern erwartbar durch den Absolventen initiiert und in Erscheinung treten. Sie können dann in Form einer Konkretisierung (was, womit, wie, welche etc.) fixiert und nach jedem Teilprozess reflektiert werden. Dies wird, ausgehend von den Erkenntnissen der vorangestellten Kapitel, im weiteren Verlauf begründet und dargelegt. Es wird zukünftig zu beantworten sein, ob die in der Prüfung zu zeigenden oder erwarteten Ergebnisse des Entwicklungsprozesses erreicht worden sind. Die dazu erforderliche Orientierung an den

---

<sup>322</sup> vgl. Becker et al. 2018a, S. 172.

<sup>323</sup> vgl. Schaper und Hilkenmeier 2013, S. 12.

rahmenden Merkmalen stellt letztlich die klinische Kompetenz der Notfallpflege im Versorgungsprozess dar. Im bezugswissenschaftlichen medizinischen Bereich dient ein 1990 vorgestelltes Pyramidenmodell relativ kongruent der Darstellung der Entwicklung von Kompetenz<sup>324</sup>, die der Argumentation zur Konzeption und Gestaltung der Performanz in der klinisch-praktischen Abschlussprüfung zugrunde gelegt wird. Dieses Modell bietet bis heute die konzeptuelle Grundlage, den Weg zur Professionalisierung und damit einhergehender Kompetenz zu beschreiben und überprüfbar zu machen. Anhand MILLERs Pyramide ist es möglich, sowohl Fähig- und Fertigkeiten als auch „Wissen und Können“ in Bezug zu professioneller Authentizität<sup>325</sup> zu setzen. Prüfungsformen und deren Eignung werden kontextuell auf ihre kompetenzorientierte Aussagefähigkeit zuordenbar.<sup>326</sup> Die Basis der Pyramide meint grundlegende theoretische Kenntnisse („Knows“), welche zur Bewältigung von Aufgaben oder Situationen benötigt werden. Die darauffolgenden Stufen bilden das Wissen über die praktische Umsetzung („Knows how“) und die Demonstration („Shows how“) des Erlernten ab. Mit der obersten Stufe der Pyramide ist die Anwendung der Fähig- wie Fertigkeiten außerhalb von Prüfungssituationen, also das professionelle Handeln, gemeint („Does“). Im Verständnis der Fachweiterbildung als Entwicklungsprozess, deren Entwicklungserscheinungen in Form von Handlungskompetenz sichtbar gemacht werden sollen, muss eine solche Prüfung auf einer möglichst hohen Stufe umgesetzt werden. Es lässt sich daher ableiten, dass die Performanz durch praktische Prüfungen oder durch solche mit hohem Praxisbezug gewährleistet werden kann. Letztere Aspekte lassen das Sichtbarwerden von Entwicklungserscheinungen im Rahmen einer Prüfung am realen Notfallpatienten sowohl ethisch als auch unter medico-legalen Perspektiven nicht zu. Reale Patienten werden dementsprechend im Kontext einer Prüfung und auch eines OSCE seit Langem als nicht geeignet angesehen.<sup>327</sup> Neben der Gewährleistung der adäquaten Behandlung des Patienten und dem mit einem Notfall einhergehenden erhöhten Potenzial für das Auftreten von Risiken für alle Beteiligten, stehen auch formale Prüfungsaspekte einer solchen Umsetzung entgegen. So ist es, angelehnt an die gängige Praxis der praktischen Abschlussprüfungen in der Pflege, unter anderem notwendig, vor jeder Prüfung, die an realen Patienten/-gruppen<sup>328</sup> vorgenommen wird, deren Einverständnis<sup>329</sup> im Voraus möglichst schriftlich einzuholen. Im Rahmen von Fairness und Vergleichbarkeit ist jedem Prüfling darüber hinaus eine Vorbereitungszeit<sup>330</sup> zu gewährleisten. Dies ist üblicherweise in der grundständigen Ausbildung wie auch in den mittlerweile etablierten Fachweiterbildungen durch das, spätestens am Vortag der Prüfung erfolgte, Erstellen

---

<sup>324</sup> vgl. Miller 1990, S. 63–67.

<sup>325</sup> vgl. Heymann 2017, S. 344.

<sup>326</sup> vgl. Cruess et al. 2016, S. 180–185.

<sup>327</sup> vgl. Johnson und Reynard 1994, S. 223.

<sup>328</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit 2018, S. 17.

<sup>329</sup> vgl. hierzu Kreisverband Bochum e.V.

<sup>330</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 30.

einer Pflegeplanung mit Informationssammlung, bei meist gleichzeitiger Einholung der Einverständniserklärung des Patienten, gewährleistet. Für die Versorgung von Notfällen kann dies folglich nicht übertragen werden, da weder die Planbarkeit eines Notfalles noch das Einverständnis zur Prüfung mit entsprechendem Vorlauf bei Auftreten eines Notfalles gewährleistet werden kann. Ebenso erscheint es neben der Vergleichbarkeit ebenso bedeutsam, dass zur Realisierung und Akzeptanz einer praktischen Abschlussprüfung auch aus der ökonomischen Perspektive der Kostenträger eine solche Prüfungsleistung konsekutiv nicht mit zeitlicher Effizienz verbunden werden kann. Dies meint beispielsweise eine schwer zu kalkulierende Wartezeit bis zum Eintreffen eines für die Prüfung geeigneten Notfalls für die Prüfer und die zu Prüfenden. Im Rahmen des Kompetenzverständnisses der Fachweiterbildung Notfallpflege gilt es, ein Prüfungsverfahren zu entwickeln, welches sich einerseits an den Strukturen und Prozessen des Handlungsfeldes orientiert, Entwicklungserscheinungen sichtbar und messbar macht und darüber hinaus auch die formalen Bedingungen wie medico-legalen und ethischen Aspekte berücksichtigt.

Die bisherigen Erkenntnisse ermöglichen bereits immanent rahmende Festlegungen, die dem definierten Prüfungsverständnis entsprechen (vgl. S. 20). Für die Prüfungskonzeption ist es nun entscheidend, in einem ersten Schritt eine inhaltliche Vergleichbarkeit sicherzustellen. Hierunter fallen die Aspekte des Kompetenzverständnisses, die Merkmale der Strukturen und Prozesse in Überführung auf die Abschlussprüfung und die Fallspezifizierung, um die Entwicklungserscheinungen im situativ-sozialen Beziehungshandeln in möglichst kongruenten Bedingungen sichtbar zu machen. Die nachzuvollziehende Komplexität bedarf darüber hinaus der Festlegung auf das Prüfungsverfahren, hier das der Simulation. Im internationalen und auch im deutschsprachigen, bezugswissenschaftlichen Bereich der Medizin und des Rettungsdienstes sind sogenannte „Good Practise“ Prüfungen etabliert. Dazu zählen beispielweise Übungen am standardisierten/simulierten Patienten<sup>331</sup> in sog. „Skill Labs“, „Mini Clinical Evaluation Exercise“ oder auch das Verfahren „Objective Structured Clinical Examination“ (OSCE).<sup>332</sup> Letzteres erfährt zunehmend auch im Rahmen pflegerischer Ausbildungskontexte Anerkennung<sup>333</sup> als valides Instrument für die Lehre.<sup>334</sup> Diese „Good Practise“-Verfahren bieten damit eine legitime Anlehnung zur Entwicklung und Konzeptionierung der angestrebten kompetenzorientierten Abschlussprüfung für die Notfallpflege. Die etablierten Prüfungen beruhen derzeit häufig auf schriftlichen oder mündlichen Formaten. Eine simulationsbasierte Bewertung könnte daher eine attraktive, ergänzende Strategie darstellen, insbesondere angesichts der sich ständig mehrenden Evidenz, die deren Durchführbarkeit, Zuverlässigkeit und Validität bei der formativen und summativen Bewertung hinterlegt.<sup>335</sup> Im Rahmen der Abschlussprüfungen kann die

---

<sup>331</sup> vgl. Jünger 2018, S. 175.

<sup>332</sup> vgl. Schaper und Hilkenmeier 2013, S. 121.

<sup>333</sup> vgl. Solà-Pola et al. 2020.

<sup>334</sup> vgl. Schlegel 2018.

<sup>335</sup> vgl. Boulet und Murray 2010, S. 1042.

Teilnahme an einer simulationsbasierten Prüfung daher mindestens anteilig zur Beurteilung der klinischen Kompetenz herangezogen werden. Das Format eines OSCE bietet sich hierzu schlüssig und als logische Konsequenz aus den gewonnenen Erkenntnissen an. Einerseits wird es als prüfungsverfahrenstechnische Simulation<sup>336</sup> der klinischen Praxis den medico-legalen Aspekten der zu prüfenden Notfallversorgung<sup>337</sup> gerecht. Andererseits sind insbesondere die innewohnenden Elemente der Objektivität und der Struktur zentrale Kennzeichen dieser Methode. Die im Rahmen dieser Arbeit als notwendig erachtete Modifikation dieses Verfahrens zur zielführenden Eignung als klinisch-praktische Abschlussprüfung wird in den folgenden Kapiteln dargestellt.

## 5.2 Das OSCE – eine Übersicht

Das 1975 von HARDEN beschriebene und eingeführte Format OSCE verfolgt das Ziel, den Prüfling direkt bei der Ausführung klinisch-praktischer Fähigkeiten zu beobachten und zu beurteilen. Es stellt dabei eine Methode im Rahmen der Fülle von möglichen Simulationen in den Gesundheitsfachberufen, dar. Die Durchführung dieses Verfahrens, auch in Form einer Prüfung<sup>338</sup>, ist international seit Jahren fester Bestandteil medizinischer Aus- und Fortbildungen<sup>339, 340</sup> und wird im Bereich des medizinischen Grundstudiums als „Goldstandard“ zur Beurteilung klinisch – praktischer Kompetenz angesehen.<sup>341</sup> Im Jahre 2025 soll in Deutschland die neue ärztliche Approbationsordnung in Kraft treten. In ihr ist vorgesehen, dass zwei der zukünftig vier Staatsexamensprüfungen entweder gesamt oder anteilig als OSCE durchgeführt werden.<sup>342</sup> Auch in der Notfallmedizin<sup>343</sup> in Deutschland ist sie mittlerweile etabliert<sup>344</sup>, weit verbreitet und zunehmend Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Bereits in der ursprünglichen Form berücksichtigte es die Mehrdimensionalität des heutigen Kompetenzverständnisses im vorgegebenen Stationsparcours derart, dass in einer Station eine Kombination aus praktischen und anschließenden mündlichen Anteilen vorgesehen war.<sup>345</sup> Die Inhalte der einzelnen Stationen zielten zu Beginn auf die Abbildung von ein bis zwei klinischen Kompetenzen ab.<sup>346</sup> Mittlerweile sind sie hochspezialisiert<sup>347, 348</sup>, generalisiert und um Aspekte wie Teamwork<sup>349</sup>, Interprofessionalität<sup>350</sup> und Kommunikation<sup>351</sup> erweitert. In Abhängigkeit vom Ausbildungskontext im jeweiligen Fachgebiet und seinen Zielsetzungen dient es

---

<sup>336</sup> vgl. St. Pierre und Breuer 2018, S. 115.

<sup>337</sup> vgl. Fandler et al. 2018, S. 509.

<sup>338</sup> vgl. Meyer et al. 2016, S. 943.

<sup>339</sup> vgl. Berkenstadt et al. 2006, S. 853.

<sup>340</sup> vgl. Bromley 2000, S. 675.

<sup>341</sup> vgl. Harden 2016, S. 378.

<sup>342</sup> vgl. Jünger 2018, S. 176.

<sup>343</sup> vgl. Beckers et al. 2009, S. 358.

<sup>344</sup> vgl. Jünger 2018, S. 176.

<sup>345</sup> vgl. Harden et al. 1975, S. 448.

<sup>346</sup> vgl. Harden 1988, S. 19.

<sup>347</sup> vgl. Duanmu et al. 2019, S. 3.

<sup>348</sup> vgl. Dettmer et al. 2020, S. 8.

<sup>349</sup> vgl. Keshmiri et al. 2016.

<sup>350</sup> vgl. Cichon und Schmenger 2018, S. 93.

<sup>351</sup> vgl. Rochlen et al. 2019, S. 2.

dabei im Lehr-Lern-Kontext als summatives wie formatives Instrument. Bis heute geht es im Kern um das Durchlaufen verschiedener Stationen, in denen in einem fest vorgegebenen zeitlichen Rahmen das Beherrschen von Ausbildungsinhalten unterschiedlichster Art gezeigt werden soll. Hierbei werden klare Anforderungen formuliert und mittels Beobachtungsbögen, häufig in Form von Checklisten, erfasst und bewertet. Neben der originären Ausbildung von Ärzten wird das OSCE zunehmend auch in Aus-, Fort und Weiterbildungen weiterer Gesundheitsfachberufe eingesetzt.<sup>352</sup> Es dient dort analog sowohl als Lehr- als auch als Prüfungsverfahren und findet im simulativen Kontext, durch Einsatz moderner Simulationspuppen oder auch durch Schauspieler, statt. Das OSCE-Verfahren ist per se nicht durchgehend als Prüfung, die in ausreichendem Maße die klinische Kompetenz abbildet, anerkannt. Es stellt durch die innewohnende Simulation eine grundsätzliche Künstlichkeit dar<sup>353</sup>, die den Prüfenden die Präsentation ihrer Fähigkeiten nur partiell erlaubt<sup>354</sup> und daher auch Gegenstand fachlicher Diskussionen ist. Das Bestreben, den komplexen Begriff der klinischen Kompetenz zu beurteilen, erfolgt dabei anhand verschiedener Aufgaben. Zu diesen können die Auswertung von Daten, das Sammeln von Informationen, z. B. die Anamneseerhebung, eine körperliche Untersuchung, die Patientenaufklärung, das Verfassen von Anweisungen oder technische, wie die manuelle Blutdruckmessung, gehören. Das OSCE hat sich mittlerweile zu einem flexiblen Prüfungsverfahren entwickelt, das sowohl Bewertungen durch die Mimen (standardisierte Patienten [SP]) als auch Beobachterbewertungen, kurze schriftliche Tests und andere Methoden einbeziehen kann, um eine umfassende klinische Beurteilung der Komplexität im situativ – sozialen Beziehungshandeln vorzunehmen. Hierbei wird das zentrale Kennzeichen „objektiv“ als Einschränkung von Subjektivität angesehen. Dies soll durch im Vorfeld festgelegte Anforderungen, die von mehreren, auch unbekanntem Prüfern in möglichst kurzen Prüfer-Prüflings-Kontaktzeiten mit einer hohen Anzahl unterschiedlicher Prüfungsinhalte durchgeführt werden, gelingen. Eine Vergleichbarkeit der Leistungen erfolgt durch die Prüfung vieler Prüflinge an den meist sehr ähnlichen oder auch gleichen Aufgaben. Das „strukturierte“ Kennzeichen bezieht sich dabei sowohl auf den Aufbau des Parcours, als auch auf die festgelegten Prüfungsinhalte, die anhand der ebenfalls im Vorfeld definierten Erwartungshorizonte bei gleicher, meist schriftlich fixierter Aufgabenstellung, geprüft werden. Hierdurch werden Rahmenbedingungen angestrebt, die durch die Beachtung der beiden Kennzeichen faire und vergleichbare Bedingungen innerhalb der einzelnen Stationen und damit übertragbar auf das Konstrukt, schaffen sollen. Jeder Prüfling wird dazu mit einer Reihe von standardisierten Problemen aus dem klinischen Alltag konfrontiert. Diese werden oft durch simulierte Patienten, die SP, dargestellt.<sup>355</sup> Sie sollen einen Patienten mit einer bestimmten Krankheit oder in einem definierten Zustand darbieten, um eine möglichst realitäts- und praxisnahe

---

<sup>352</sup> vgl. Harden 2016, S. 378.

<sup>353</sup> vgl. Sefrin und Muhler 2014, S. 256.

<sup>354</sup> vgl. Barman 2005, S. 480.

<sup>355</sup> vgl. Howley 2004, S. 289.

Prüfung zu ermöglichen. SP können von Mitstudierenden oder auch professionellen Mimen dargestellt werden<sup>356</sup>, wobei das vorherige Schulen zum Spielen der Rolle(n) als sinnvoll erachtet wird.<sup>357</sup> Als Vorteil des OSCE gegenüber Prüfungen mit echten Patienten wird angesehen, dass die Patienten für alle Prüflinge standardisiert und damit die konfrontierten Probleme im Wesentlichen ähnlich, wenn nicht gleichwertig sind. Dies führt zu vergleichbaren Leistungen der zu Prüfenden, was sich auch in Form der Bewertung, z. B. in Form von Punkten auf einer Checkliste oder in Form eines globalen Ratings, niederschlägt. Ein weiterer Vorteil liegt dabei auch in der Adaption an das „Shows“, da durch die Simulationen realistischere Zusammenhänge, Inhalte und Verfahren ermöglicht werden, als dies bei reinen schriftlichen oder mündlichen Prüfungen möglich ist. Das OSCE kennzeichnet sich dabei durch eine hohe Reliabilität und Validität, auch als Prüfungsformat für klinische Kompetenzen, solange es unter „richtigen Bedingungen“ entwickelt wird. Diese richtigen Bedingungen sind bis heute Gegenstand aktueller Bildungsforschung und fachlicher Diskurse. Unter diesen kann das OSCE bisher weiterhin als *“[...] approach to the assessment of clinical competence in which the components are assessed in a planned or structured way with attention being paid to the objectivity of the examination”*<sup>358</sup> verstanden werden. HARDEN bestätigt in seiner retrospektiven Betrachtung knappe 50 Jahre nach Einführung die Abhängigkeit eines „guten“ OSCE-Verfahrens von multifaktoriellen Rahmenbedingungen: *“[...] refers to the discovery that here are ‘good’ OSCEs and ‘not so good’ OSCEs. Reliability and validity are related to how the OSCE is implemented. The OSCE is really a POSCE (Potenzially objective structured clinical examination).“*<sup>359</sup> Diese sind abhängig, insbesondere von den zur Verfügung stehenden hohen Ressourcen. Aspekte zu Planung, Vorbereitung, Organisation und Finanzierung<sup>360</sup> eines OSCE bedürfen mittlerweile, trotz aller Akzeptanz und auch valider Ergebnisse, viel kalkulatorisches Geschick aufgrund des hohen finanziellen, materiellen und personellen Aufwandes. Die mit der angestrebten hohen Güte der Prüfung einhergehenden Anforderungen an die Entwicklung der Prüfungsinhalte, der Gestaltung der einzelnen Stationen und deren Bewertung<sup>361</sup> sind ebenso vielfältig wie different beschrieben. Hierbei werden unterschiedliche Aussagen zur Anzahl<sup>362</sup> und zur Dauer benannt. HARDEN hat ursprünglich 20 Stationen mit einer Dauer von je fünf Minuten vorgesehen. Die aktuellen Empfehlungen bewegen sich, wiederum abhängig der Zielsetzung, zwischen fünf bis 30 Stationen<sup>363</sup> unterschiedlichster, jeweiliger Dauer. Auch die notwendigen Anforderungen an die SP, die bewertenden Prüfer (Rater) und deren Qualifikation sind weitere, zu berücksichtigende Aspekte, wenn das Ziel eines fairen und vergleichbaren Verfahrens erreicht werden soll. Der Gefahr einer zu geringen

---

<sup>356</sup> vgl. Sommer et al. 2019, 10.

<sup>357</sup> vgl. Peters et al. 2019, 7.

<sup>358</sup> Gaur und Skochelak 2004, S. 2143.

<sup>359</sup> Harden 2016, S. 379.

<sup>360</sup> Rau et al. 2011, 6.

<sup>361</sup> vgl. Nikendei und Jünger 2006, S. 4.

<sup>362</sup> vgl. Mancuso et al. 2019, S. 2.

<sup>363</sup> vgl. Wissing et al. 2017, S. 36.

Aufmerksamkeit an die Validität des Prüfungsverfahrens wird vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet<sup>364</sup>, besonders, wenn das OSCE als neues Prüfungsformat in Ausbildungskontexten eingeführt werden soll.<sup>365, 366</sup> Damit sind dem Verfahren zur Kompetenzmessung aktuell sowohl Stärken als auch Schwächen zuzuordnen:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitet [...] auf die [...] Prüfung vor</li> <li>• Hilft bei der Beurteilung von Auszubildenden</li> <li>• Kann Meilensteine beurteilen</li> <li>• Korreliert mit anderen Testmodalitäten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kann kostspielig sein</li> <li>• Kann zeitaufwendig sein</li> <li>• Notwendigkeit zur Feststellung der Validität</li> <li>• Schwierigkeit, OSCE zu evaluieren (Qualität, Zuverlässigkeit, Validität)</li> </ul>

**Tabelle 7: Stärken/Schwächen des OSCE; modifizierte Darstellung auf Grundlage von Hastie 2014, S. 202.**

Unter Einbeziehen dieser wird im Folgenden die Eignung des OSCE als Prüfungsverfahren erläutert. Im steten Bezug zum Kompetenzverständnis der Notfallpflege bleibt dabei festzuhalten, dass die Implementierung einer simulativen Prüfung zwar sinnführend ist, diese dennoch lediglich einen, wenn auch wertvollen, Teilaspekt der notwendigen Kompetenz abbildet. Von daher kann sie als anerkannte Ergänzung zu bisherigen Verfahren betrachtet werden. Gleichzeitig bietet das Verfahren die Möglichkeit, mündliches Explizieren von Wissen durch die Gestaltung der einzelnen Stationen zu ermöglichen. Eine entsprechende Kombination erscheint dabei auch formal grundsätzlich legitim<sup>367</sup>, wenn auch bisher nicht in explizit in den bestehenden Ordnungsmitteln benannt. Für die Notfallpflege gilt es, dies zukünftig zu verifizieren als, potenziell interdisziplinäre, Prüfungsform zu etablieren.

### 5.2.1 Simulation im Abschlussprüfungsverfahren

Jedes Instrument, das zur Leistungsbeurteilung verwendet wird, sollte in der Lage sein, die Absolventen hinsichtlich ihres Entwicklungsstandes und der entsprechend erwartbaren Kompetenzen zuzuordnen. MILLERs Pyramide verdeutlicht, dass ein wesentlicher Unterschied zwischen dem „Shows How“ und des „Does“, beispielsweise durch ein durchgeführtes OSCE und einer Prüfung „vor Ort“ (z. B. als „Work Place Based Assessment“ [WPBA]) als Setting liegt, in dem die Leistung bewertet wird. Dies erscheint bedeutsam, da die Leistung eines Absolventen bei identischen Aufgaben kontextuell erheblich variieren kann.<sup>368</sup> Daher sollte das OSCE als ein Instrument zur Leistungsbeurteilung in simulierten Umgebungen betrachtet werden und der Aspekt der Realitätsnähe in diesem Bewusstsein übertragen werden. Dies kann insbesondere Aspekte des „Nicht-Bestehens“ betreffen. Diese müssen den Aspekten der Patienten- wie Mitarbeitersicherheit entsprechen und als Gefährdung dieser definiert sein, die bei Eintreten, z. B. eines Fehlers mit Patientengefährdung, ein Eingreifen des Prüfers, unabhängig des Settings, erforderlich machen. Gleichwohl kann die inhaltliche Gestaltung

<sup>364</sup> vgl. Jenßen 2015, S. 9.

<sup>365</sup> vgl. Olasoji 2013, S. 4.

<sup>366</sup> vgl. Onwudiegwu 2018, S. 9.

<sup>367</sup> vgl. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, Referat 14 2021, § 10.

<sup>368</sup> vgl. Cate et al. 2010, S. 669.

derart erfolgen, dass, unter Beachtung der Dynamik des realistischen Notfallgeschehens, das Beherrschen komplexer, dynamischer oder auch invasiver Maßnahmen gezeigt und diese beobachtet werden können. Obwohl das OSCE durch den simulativen Charakter offensichtliche Vorteile, insbesondere im Rahmen der Besonderheiten in der Notfall- und Akutversorgung, gegenüber anderen Prüfungsverfahren aufweist, ist die Qualität der Beurteilung nicht allein durch die Zusammenstellung einiger standardisierter Aufgaben gewährleistet. Dies ist besonders vor dem Hintergrund einer Abschlussprüfung relevant, da die zu treffende Bewertung zum Bestehen oder Nichtbestehen, verbunden mit entsprechend zeitlichem, tlw. auch finanziellem Mehraufwand, und dem Erteilen oder Nichterteilen einer neuen Berufsbezeichnung führen soll. Dies wird als ein gewichtiger Faktor mit hohem Einfluss durch die Verantwortlichen auf eine sorgfältige Entwicklung gewertet. Auch das Handeln im „Shows“ ist lediglich als Indiz für potenziell vorhandene Kompetenz zu verstehen. Die durch BRONFENBRENNER herausgestellten Merkmale des sozialen Beziehungshandelns im pflegerischen Kontext sind wichtig, lassen sich jedoch nur, durch z. B. die Begleitung eines längeren Arbeitsprozesses, einschätzen. Sie umfassen unter anderem, auch sinngemäß zusammengeführt mit dem ökologisch - systemischen Ansatz im Kompetenzverständnis, solche zur Planungs- und Organisationsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit oder auch Zielstrebigkeit. Besonders diese Faktoren sind wesentliche Merkmale im situativ-sozialen Beziehungshandeln in Notfallsituationen und stellen damit zu berücksichtigende Anforderungen an die Prüfungsentwicklung dar. Die schwierige Bewertung von zugehörigen Aspekten, wie „Verantwortungsbewusstsein“ und/oder „Einstellung“ des Absolventen<sup>369</sup>, mit Relevanz zu den dominierend rechtlichen Aspekten, wie beispielsweise die Einhaltung der abteilungsbezogenen Hygienemaßnahmen, die Umsetzung von Arbeitsschutzbestimmungen und Verfahrensanweisungen, die Gewährleistung des Facharztstandards oder die Umsetzung evidenzbasierter Pflege und Medizin anhand von Leitlinien [EbN/EbM] etc. im Kontext der Notfallversorgung, sind dabei zusätzlich von Bedeutung.

Diese können, der Argumentation des Entwicklungsprozesses und dem Verständnis von Fachweiterbildungen folgend, in vielen Kontexten als durch die grundständige Ausbildung bereits bekannt und, in Abhängigkeit der leitenden Perspektive, sowohl der Makro- als auch der Exoebene zugeordnet werden. Gemeint ist damit das Ermöglichen des „sichtbar werden lassen“ der immanenten Merkmale, dabei jedoch unter Einbeziehen des jeweiligen Handlungsfeldes. So sind beispielsweise Hygienemaßnahmen, sowohl im Rahmen gesetzlicher Vorgaben (vgl. Infektionsschutzgesetz [IfSG]) als auch auf der Ebene von Rechtsverordnungen oder auch abteilungsbezogener Hygienepläne, für das unmittelbare Handeln verbindlich und stellen damit messbare Qualitätsmerkmale für die Patientensicherheit und das „Outcome“ der Patienten dar. Es ist möglich diese und vergleichbare Merkmale in ihrer Umsetzung und Einhaltung über die gesamte Prüfung

---

<sup>369</sup> vgl. Suwelack 2010, S. 177.

oder auch in den einzelnen Teilprozessen zu bewerten. So sind spezifische, die Notaufnahme speziell beeinflussende/betreffende, Aspekte, mit z. B. hygienischer Relevanz, dann im konkreten Handeln abstrahier- und messbar. Dies meint beispielsweise die Berücksichtigung von Hygienestandards bei der Versorgung von Patienten mit potenziell infektiöser, jedoch nicht verifizierter Symptomatik auf Meso- wie Mikroebene. So kann der Umgang mit oder die Auswahl der persönlichen Schutzausrüstung dann beobachtbar und beurteilt werden. Auch schwerer zu objektivierende „weiche“ Aspekte wie Empathie oder Wertschätzung im Kontext des Kompetenzverständnisses sind Inhalte und Bestandteile der grundständigen Ausbildungen und können im unmittelbaren Handeln in der Notfallsituation in Form der Bedürfnisorientierung erwartet werden. Soll also das postulierte Kompetenzverständnis für Notfallpflegekräfte vergleichend und im vorgestellten Prüfungsverständnis sichtbar und messbar gemacht werden, so müssen die das Handeln leitenden Prozesse einbezogen werden. Die klinisch-praktische Abschlussprüfung muss damit über eine reine Beantwortung von Fragen hinausgehen. Damit werden erforderliche, selbstgesteuerte Vollzüge durch die defizitäre und/oder rahmende Festlegung von Merkmalen gestalterisch konstruktiv, kooperativ und aktiv sichtbar gemacht.

Das bedeutet, im Rückschluss auf die Differenzierung der Abschlussprüfungen, dass eine Kompetenzorientierung in Anwendungssituationen eingebettet und damit Szenarien gestützt sein soll. Entsprechende Anforderungssituationen zu simulieren, erscheint hierbei ein geeignetes Verfahren und ist bezugswissenschaftlich legitimiert.<sup>370</sup> Auch aus diesem Grunde ist es im Rahmen der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ notwendig, eine derartige Prüfungsform zu etablieren und nötigenfalls neu zu entwickeln. Eine Orientierung am „Shows“ des Pyramidenmodells von MILLER ist für die Auswahl des Prüfungsformates für die Notfallpflege sinn- und zielführend. Es erfüllt die Anforderungen an Performanz, da überwiegend wissensreproduzierende Prüfungsaufgaben vermieden werden. Erforderlich im Prüfungsverfahren sind die Anwendung von Wissen, dessen Umsetzung in Handlungszusammenhängen sowie die Beurteilung und Reflexion von realitätsnahen Problemstellungen. Entscheidend hierbei ist somit die Zielvorgabe des meist zweijährigen Lern- und Entwicklungsprozesses. Er fördert das Kompetenzerleben mit strukturierter Unterstützung beim Aufbau des Lernprozesses und Transparenz der jeweiligen Leistungsstandentwicklung. Dies wird durch die Bildungsanbieter gewährleistet und in Form der Zulassungsvoraussetzungen, z. B. das erfolgreiche Bestehen der vorgegebenen Modulprüfungen, zur klinisch-praktischen Abschlussprüfung sichergestellt. Ebenso kann durch die immanenten Struktur- und Prozessmerkmale eine Vergleichbarkeit gelingen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen jedoch einer inhaltlichen Beschreibung des Handlungsfelds, seiner innewohnenden Merkmale und seiner

---

<sup>370</sup> vgl. Huber, Ludwig. In: Dany und Szczyrba 2008, S. 17.

pflegebezogenen Prozesse. Damit wird die Bedeutung der Gütekriterien im Folgenden auf ihre Relevanz für das Prüfungsverfahren abgebildet und überführt.

### 5.2.2 Die Güte des Testverfahrens

Die bisherigen Ausführungen zum OSCE im Kontext seiner Nutzung als Abschlussprüfungsverfahren, bedingen eine entsprechend wissenschaftliche Güte, insbesondere bei der Entwicklung und damit berücksichtigt auch zur Qualitätssicherung. Diese Arbeit verfolgt dabei das Ziel, den ersten Schritt der Fokussierung auf die Inhalte des Konstruktes, beruhend auf fachlichen Überlegungen und subjektiven Einschätzungen, vorzunehmen. Die daraus resultierenden, theoretisch begründeten Definitionen zum Prüfungsverständnis und den Merkmalen, dienen einer ersten Annäherung an die komplexe inhaltliche Validierung des Prüfungsverfahrens.<sup>371</sup> Besonders in der Entwicklung von Testverfahren, die auf Kompetenzmessung ausgerichtet sind, sind die Anforderungen an das fundamentale Element der Validität hoch. Dabei ist die Inhaltsvalidität eine unverzichtbare Voraussetzung für andere Facetten dieses komplexen Gütekriteriums.<sup>372</sup> Gerade für die Entwicklung sind die Erkenntnisse entscheidend, dass bei den Kompetenztests meist zwar ausführlich der konzeptionelle Rahmen beschrieben wird, seine konkrete Überführung in die Testaufgaben, als Teil der Inhaltsvalidierung, bleibt dabei oft unklar. Dies kann dazu führen, dass nicht immer sicher gewährleistet werden kann, dass der entwickelte Kompetenztest letztlich das erfasst, was er erfassen soll. Das ist im Kontext der Recherche zum Verfahren OSCE ersichtlich geworden. Die Akzeptanz des Prüfungsverfahrens ist jedoch gerade von seiner konzeptionellen Aussagekraft abhängig. Die differenten Aussagen, insbesondere die Schwierigkeit der Hürden bei der Validierung und der Sicherung von Validität, ist im Rahmen der Notfallversorgung allein durch die Heterogenität des Handlungsfeldes erschwert. Dem postulierten Kompetenzverständnis im Spannungsfeld zwischen „Können“ und „Dürfen“ fehlt darüber hinaus die hoheitliche Verantwortung für klassische Aufgaben im Sinne der Substitution im situativ-sozialen Beziehungshandeln. Ebenso entspricht die Bewertung von einzelnen Stationen, die meist voneinander losgelöst und damit wenig Abhängigkeiten darstellen, weder dem postulierten Fallverstehen noch dem Versorgungsprozess im Notfallgeschehen, der durch seine Charakterisierung keine eindeutige Trennschärfe aufweisen kann.

Ansätze einer solchen inhaltlichen Interdependenz im Verständnis der Patientenbehandlung, kann der humanmedizinischen Literatur bisher nicht sicher entnommen werden. In der Tierkrankenpflegeausbildung in England werden in jüngerer Zeit sog. zeitlich begrenzte, Szenario basierte, praktische Prüfungen (TSPE) durchgeführt, die in ihrer Sinnführung dem Fallverstehen entsprechen können.<sup>373</sup> Weitere Hürden liegen in der Güte des Verfahrens, was neben der benannten Orientierung ebenfalls gesichert

---

<sup>371</sup> vgl. Jenßen 2015, S. 11.

<sup>372</sup> vgl. Weideman 2013, S. 5.

<sup>373</sup> vgl. Hall et al. 2019, S. 157.

sein muss. Ein OSCE, das die Qualitätskriterien der Abbildung von realitätsnaher, klinischer Kompetenz, unabhängig der gewonnenen Erkenntnisse zu den Merkmalen des situativ-sozialen Beziehungshandelns und der prozessualen Notfallversorgung, wenigstens zufriedenstellend erfüllt, bedingt nach NEWBLE und SWANSON<sup>374</sup> eine Mindestanzahl von 20 Prüfungsstationen oder eine Prüfungsdauer von mindestens vier Stunden. Dabei soll neben praktischen Anteilen im OSCE ein zusätzlicher, schriftlicher Test durchgeführt werden. KHAN et al. haben dazu ein Beispiel aus dem ärztlichen Bereich angeführt.<sup>375</sup> So sollen die Prüflinge aufgefordert werden, eine Anamnese bei einem Patienten zu erheben, der über Hämoptyse klagt, ihn zu untersuchen und die Röntgenbefunde zu interpretieren. Darauf soll dem Patienten seine wahrscheinliche Diagnose erklärt werden. Obwohl diese Station augenscheinlich das "wirkliche Leben", angelehnt an das kontextuelle Fallverstehen, widerspiegeln kann, wird es von den Autoren selbst als unwahrscheinlich angesehen, dass eine angemessene Bewertung all dieser Fertigkeiten innerhalb einer Station in der begrenzten Zeit von evaluierten wenigen Minuten möglich ist. In der bezugswissenschaftlichen ärztlichen Prüfung ist eine Gesamtdauer von ca. 90 Minuten bei zehn bis zwölf Stationen vorgesehen<sup>376</sup>, was zu einer ähnlichen Herausforderung führen kann, so denn die Vielzahl der einzelnen, zeitlich kurzen Stationen, beibehalten werden muss. Der Faktor Zeit ist damit auch für das mOSCE-NA wesentlich, z. B. bereits zur Vergleichbarkeit der Rahmenbedingungen einer Prüfung, hinsichtlich der Validität eines Testverfahrens jedoch letztlich nicht eindeutig zu klären. Diese Varianz erschwert, neben den zu definierenden Prüfungsinhalten, die Gestaltung einer Prüfung auch in Bezug auf Fairness, besonders dann, wenn es zweifelhaft ist, ob ein Test das misst, was er testen soll und dazu von den „richtigen Bedingungen“ abhängig ist. Die zu berücksichtigende Ausrichtung dieser wird dabei unterschiedlich beschrieben.<sup>377, 378</sup> Im Kern müssen jedoch die Schlüsselkonzepte mit spezifischer Zielsetzung formuliert werden. In der Konzeptions- und Implementierungsphase werden dann Aufgabenstellungen und die dazugehörigen Bewertungsbögen entworfen sowie Ort, Personal, Ausrüstung, Finanzen und Dauer der objektiven, strukturierten, klinischen Prüfungsstationen festgelegt.<sup>379</sup> Im begrenzten Rahmen dieser Arbeit kann dies nicht umgesetzt werden. Dennoch sollen über die Konzeption hinaus, grundsätzliche Aussagen zur Entwicklung getroffen werden, die im Verständnis des Autors bereits frühzeitig im Vorfeld berücksichtigt werden sollten. Die Kernaussagen orientieren sich dabei an Erkenntnissen und neuralgischen Aspekten aus der vielfältigen Literatur zum, im überwiegend ärztlichen Bereich weit verbreiteten und etablierten, Einsatz eines OSCE.

---

<sup>374</sup> vgl. Newble und Swanson 1988, S. 325.

<sup>375</sup> vgl. Khan et al. 2013, 1443.

<sup>376</sup> vgl. Jünger 2018, S. 176.

<sup>377</sup> vgl. Hastie et al. 2014, S. 198.

<sup>378</sup> vgl. Khan et al. 2013, 1443 ff.

<sup>379</sup> vgl. Turner und Dankoski 2008, S. 577.

### **„Objektiv“-Aspekte für das mOSCE-NA**

Die Objektivität bezeichnet die Unabhängigkeit eines Prüfungsverfahrens. Mit ihr geht einher, dass sie von der Person des Prüfers, von seinen Einstellungen, Gefühlen und Motiven möglichst nicht beeinflusst ist. Sie bezieht sich auf den Komplex der Durchführung, Auswertung und ihrer Interpretation<sup>380</sup> Als allgemeines Ziel eines Testkonstrukts kennzeichnet sie sich durch die Freiheit von subjektiven Einflüssen durch Beschreibung von Strategien zur Reduzierung von Messfehlern.<sup>381</sup> Hierbei gibt es Erkenntnisse, dass die objektivierten Methoden (z. B. Checklisten mit typischerweise dichotomen Items<sup>382</sup>) nicht per se zuverlässiger sind<sup>383</sup> als subjektive Messungen (z. B. die fünfstufig skalierte Likert-Skala<sup>384</sup>). Die Konsequenzen für weiterführende Zusammenhänge in Bezug auf Validität, Effizienz oder auch Transparenz wurden ebenso analysiert.<sup>385</sup> Im Ergebnis können die Begriffe Objektivierung und Objektivität nicht gleichgesetzt werden und es gibt, besonders bei der Objektivierung von Messverfahren, Fehler und eine große Anzahl zu beachtender, neuralgischer Aspekte.<sup>386</sup> Als Konsequenz kann argumentiert werden, dass objektivierte Verfahren nicht ausschließlich aufgrund ihrer unbedingten Berufung auf Objektivität ausgewählt werden sollten, sondern dass die Anwendung von Messverfahren dem spezifischen Zweck der Prüfsituation folgen sollte. Im Kontext der klinisch-praktischen Abschlussprüfung für die Notfallpflege sind die Argumente für und gegen die Objektivierung zukünftig zu gewichten und die potenziellen Kompromisse zu bewerten. Nach der Lesart des Autors kann dabei, insbesondere bedingt durch das analytische Potenzial, von einer hohen Varianz durch die jeweiligen Mikrosysteme ausgegangen werden. Auch in Bezug auf die bildungsförderal wie makropolitisch heterogenen Merkmale ist eine Objektivität des Handlungsfeldes nicht gegeben. Für die Prüfung ist dies bedeutsam, da sie das Ziel verfolgt, dieser Heterogenität durch ein objektives Verfahren entgegenzuwirken. Aus diesem Grunde gilt es zu prüfen, inwieweit die Struktur- und Prozessmerkmale, in Verbindung mit dem Berufsbild und der (zukünftigen) Rolle der Notfallpflege, das situativ - soziale Beziehungshandeln abbilden können. Das mOSCE-NA kann aktuell nicht als objektives Prüfungsverfahren in diesem Verständnis angesehen werden. Es schafft jedoch eine erste Vergleichbarkeit von Kompetenz in der Notfallpflege. Einerseits durch das Etablieren einer Performanzmessung, andererseits durch Bestimmung der Prüfungsrahmenbedingungen mit Abbildung der prägenden Merkmale. Die wissenschaftliche Güte ist das angestrebte, zukünftige Ziel des Testkonstrukts.

---

<sup>380</sup> vgl. Fabry 2008, S. 190.

<sup>381</sup> vgl. Weier et al. 2004, S. 239.

<sup>382</sup> vgl. Andrew B. J. 1977, S. 589.

<sup>383</sup> vgl. Wilkinson et al. 2003, S. 219.

<sup>384</sup> vgl. NBME 2019, S. 3.

<sup>385</sup> vgl. Norman et al. 1991, S. 119.

<sup>386</sup> ebd.

### **„Reliabel“ - Aspekte für das mOSCE-NA**

Die Reliabilität eines Beurteilungsinstruments ist definiert als "das Maß für die Reproduzierbarkeit oder die Konsistenz eines Tests."<sup>387</sup> Diese Zuverlässigkeit ist abhängig von Fallspezifikationen, Testbedingungen oder der Nervosität der Teilnehmer, genauso wie von der Genauigkeit der seitens der Prüfer getroffenen Beurteilungen. Letztere werden durch einen Subtypus der Reliabilität, die sog. Inter-Rater-Reliabilität, geprüft, wobei im Kontext des OSCE ausgewählte Stationen unabhängig voneinander von zwei verschiedenen Prüfern bewertet werden sollen. Deren erhobene Bewertungen, z. B. Punkte, werden miteinander verglichen. Studien konnten aufzeigen, dass OSCE tendenziell ein zuverlässiges Beurteilungsinstrument, unabhängig von realen oder standardisierten Patienten, darstellen.<sup>388</sup> Spätere Ergebnisse sind da jedoch wiederum different<sup>389</sup>, da die dort erfassten, zugehörigen Koeffizienten, z. B. der Cronbachs- $\alpha$ , eine als zu groß erachtete Bandbreite zwischen 0,4 bis 0,85 aufweisen. Dies lässt lediglich auf eine mäßige Reliabilität schließen. Für die angestrebte Kompetenzmessung in der Notfallpflege schließt sich der Autor daher der Argumentation des Erreichens zukünftiger Reliabilitätskoeffizienten nicht kleiner als 0,7 an.<sup>390</sup> Dies ist erforderlich, da es sich um einen Test als Abschlussprüfung mit entsprechend hohem Einsatz, z. B. mit zeitlichem oder finanziellem Aufwand, handelt. Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Reliabilität besteht in der Festlegung der Bestehensgrenze, die kompetente von nicht-kompetenten Prüfungsteilnehmern unterscheiden soll.<sup>391</sup> Auch die Vorhersage von gemessenen Leistungen für andere Stationen ist nicht einheitlich. Hauptsächliche Ursachen für diese vielfältigen „Messfehler“ liegen dabei bei den Bewertenden und deren Variationen bei der Erfassung der Performanz. Zum Erreichen der notwendigen hohen Werte wiederum werden jedoch eher eine hohe Anzahl an Teststationen benötigt.<sup>392</sup> So ist neben dem Faktor Zeit aus ökonomischer wie inhaltlicher Perspektive auch die Anzahl der Stationen maßgeblich für die Zuverlässigkeit des Testverfahrens. Die aktuelle Literatur weist zwar eine große Assoziation zu einer tendenziell höheren Reliabilität bei größerer Quantität auf<sup>393</sup>, dies geht jedoch wieder mit einer erhöhten Variabilität einher.<sup>394</sup> Dies kann ebenfalls minimiert werden, indem eine große Anzahl von Stationen, viele Bewerter und gut ausgebildeten SP eingesetzt werden. Hierzu werden im Medizinstudium international bis zu 38 Stationen in einem vier- bis achtstündigen Testverfahren angesetzt.<sup>395</sup> Dies wiederum wirft weitere Fragen auf, die sich mit der ökonomischen Praktikabilität auseinandersetzen müssen.<sup>396</sup> So werden für zwei parallele Parcoursprüfungen für 48

---

<sup>387</sup> vgl. Wass et al. 2001, S. 946.

<sup>388</sup> vgl. Vu und Barrows 1994, S. 23.

<sup>389</sup> vgl. Turner und Dankoski 2008, S. 574.

<sup>390</sup> vgl. Downing und Haladyna 2006, S. 165.

<sup>391</sup> vgl. Chenot und Ehrhardt 2003, S. 440.

<sup>392</sup> vgl. Downing und Haladyna 2006, S. 21.

<sup>393</sup> vgl. Carraccio und Englander 2000, S. 736.

<sup>394</sup> vgl. Brannick et al. 2011, S. 1183.

<sup>395</sup> vgl. Sloan et al. 1995, S. 737.

<sup>396</sup> vgl. Newble 2004, S. 201.

Medizinstudenten 24 Prüfer benötigt, wobei diese jeweils an einer Station geprüft haben und dazu eine 30-minütige Einweisung erhielten.<sup>397</sup> Dies führt zur Annahme, dass klinisch-praktische Abschlussprüfungen einerseits durch diese Vielzahl von den Weiterbildungsanbietern in dieser Form organisatorisch schon nicht umgesetzt werden können. Andererseits ist inhaltlich das der Reliabilität zuträgliche Vier-Augen-Prinzip durch einen gleichzeitig eingesetzten zweiten Prüfer aus ökonomischer Perspektive gefährdet. Hier sind Überlegungen sowohl zur Realisierbarkeit unter ressourcensparenden Aspekten als auch unter Adressatenorientierung zu treffen. Dies meint ebenfalls die zeitliche Dauer einer klinisch-praktischen Prüfung unter realitätsnahem Subjekt- wie Situationsbezug im Handlungsfeld.

### **„Valide“-Aspekte für das mOSCE-NA**

Einer der wichtigsten Faktoren bei der Entwicklung jedes Beurteilungsinstruments ist die Berücksichtigung und die Feststellung der Validität. WASS et al. verstehen unter dem Begriff Validität, *"ob es einem Test tatsächlich gelingt, die Kompetenzen zu testen, für die er konzipiert wurde."*<sup>398</sup> Das Verständnis, was darunter zu fassen ist, hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert.<sup>399</sup> In der Literatur tauchen unterschiedlichste Aspekte auf, die die verschiedenen Facetten der Validität und der Validierung im Rahmen von Kompetenzmessung, auch im OSCE, betrachten. In der traditionelleren Auffassung von Validität wird diese in die drei Untertypen Kriterien bezogen, inhaltsbezogen und konstruktiv unterteilt. In jüngerer Zeit wurde die Validität als ein einheitlicher Faktor rekonzeptualisiert, welche als Konstruktvalidität bezeichnet wird. Ein Vorschlag für ein "einheitliches" Konzept der Konstruktvalidität stellt die Definition dieses als *"integrated, evaluative judgment of the degree to which empirical evidence and theoretical rationale support the adequacy and appropriateness of inferences and actions based on test scores."*<sup>400</sup> dar. Validität ist dabei kein einmaliges Urteil. Vielmehr geht es um die kontinuierliche Sammlung von Beweisen, um eine beabsichtigte Schlussfolgerung zu unterstützen oder zu festigen. Dieses wurde von mehreren anderen Autoren aufgegriffen und teilweise auf leicht unterschiedliche Art neu interpretiert. So beziehen sich einzelne Facetten, wie bspw. die „Angemessenheit von ...“ auf Wirkungsüberlegungen und mögliche Konsequenzen von Tests und der Interpretation von Testergebnissen.<sup>401</sup> Weiter sind Aspekte, wie die Förderung der Nützlichkeit<sup>402</sup> oder das „Primat der Fairness“<sup>403</sup> Auseinandersetzungen, die die vielen Facetten von Validität und deren Beeinflussung aufzeigen. Der Inhaltsvalidität wird aktuell eine zunehmende Bedeutung beigemessen, besonders, wenn es um Kompetenztestung geht.<sup>404</sup> Hierbei werden immer wieder auch

---

<sup>397</sup> Nikendei und Jünger 2006, S. 5.

<sup>398</sup> Wass et al. 2001, S. 946.

<sup>399</sup> vgl. Jenßen 2015, S. 12.

<sup>400</sup> vgl. Messick 1989.

<sup>401</sup> vgl. Kane 1992, S. 527.

<sup>402</sup> vgl. Bachman und Palmer 2010, S. 17.

<sup>403</sup> Kunnan 2013, S. 1.

<sup>404</sup> vgl. Jenßen 2015, S. 15.

die „richtigen“ Bedingungen für die Entwicklung eines solchen Verfahrens diskutiert. Eng damit verbunden ist bspw. die Beurteilung von Experten, dass der Lehrplan und die Lernergebnisse effektiv geprüft werden können. Während das OSCE im Vergleich zu anderen Beurteilungsinstrumenten eine relativ hohe Inhaltsvalidität aufweist, hat es bisher eine relativ geringe „*face validity*“.<sup>405</sup> Diese im Rahmen eines OSCE zu erreichen kann bereits bedeuten, dass die Prüflinge und Prüfer das Gefühl haben, dass die Prüfung die zu prüfende Kompetenz angemessen wiedergibt.<sup>406</sup> In Summe bewertet das Verfahren zwar einzelne Aspekte sehr gut, eignet sich jedoch bisher nicht gesichert zur Prozessorientierung und Fallverstehen. Experten mit viel Erfahrung bei der Umsetzung und Planung weisen darüber hinaus darauf hin, dass insbesondere die Art der Bewertung einen deutlichen Schwerpunkt auf Subjektivität erfahren muss, da die Objektivierung durch Checklisten nicht grundsätzlich sinnvoll und zielführend ist.<sup>407</sup> Nach Ansicht des Autors müssen vielmehr klare Kriterien bestimmt werden, die den Behandlungserfolg oder auch die Sicherheit gefährden und damit ein „Nicht-Bestehen“ der Prüfung oder auch eines einzelnen Teilprozesses mit eindeutigen und transparenten Entscheidungsfindungen untermauern. Dies erscheint dem Autor als besonders relevant in Bezug auf die hohe Bedeutung der Abschlussprüfung. Eine entsprechende Möglichkeit scheint, im Prüfungsverständnis, neben dem Einsatz und der Entwicklung von Rating-Skalen, auch in der „Borderline-Methode“<sup>408</sup> zu liegen. Auch zu dieser Methode gibt es mittlerweile Modifikationen. Sie verfolgt die Identifikation von Kandidaten, die weder eindeutig qualifiziert, noch eindeutig als „nicht-qualifiziert“ eingeschätzt werden können<sup>409</sup> und ist mit Vor- und Nachteilen versehen. Der Autor schlägt für die Verwendung der einzelnen Teilprozesse das Rating auf einer Skala, bestehend aus den Items „fail“, „borderline“ und „pass“ vor.<sup>410</sup> In ihrer Anwendung kann sie dazu dienen, unklare Entwicklungserscheinungen zu dokumentieren und in den jeweiligen Reflexionen gezielt zu hinterfragen, um sie seitens des Absolventen darlegen zu können. Zur Bewertung der gesamten Abschlussprüfung kann eine Adaption der Methode „Kontrast-Gruppen“ angewandt werden.<sup>411</sup> Sie erscheint geeignet, da sie eine dichotome Bewertung von „kompetent“ und „nicht kompetent“ vornimmt, was nach Auffassung des Autors (vgl. S. 89) im Rahmen des Prüfungsverständnisses zielführend ist. Dies muss zukünftig geprüft werden.

Dabei sind die persönlichen Erfahrungen des Autors bei praktischen Prüfungsverfahren im Kontext eines OSCE ebenfalls prägend. Die bestehenden oder auch entwickelten

---

<sup>405</sup> Turner und Dankoski 2008, S. 576.

<sup>406</sup> vgl. Carraccio und Englander 2000, S. 738.

<sup>407</sup> vgl. Wilkinson 2018, S. 29.

<sup>408</sup> vgl. Reznick et al. 1998, 98.

<sup>409</sup> vgl. Boulet et al. 2003, S. 246.

<sup>410</sup> vgl. Rothman et al. 1996, S. 216.

<sup>411</sup> vgl. Nikendei und Jünger 2006, S. 4.

Checklisten<sup>412, 413, 414, 415</sup> weisen einen hohen Detaillierungsgrad auf, der im Kontext der Dynamik und im Prozessverständnis aus der Perspektive des Prüfers schwer korrekt zu erfassen ist. Dem kann durch einen zweiten Bewerter begegnet werden<sup>416</sup>, was jedoch wiederum mit weiterem Ressourcenaufwand einhergeht. Zusätzlich weisen Dissertationen zur Entwicklung von OSCE den sinnvollen Einsatz von weiteren Prüfern als Beobachter durch Videobeobachtung auf, die das Bewertungsverfahren unterstützen<sup>417</sup> und eine gewisse Sicherung der Ergebnisqualität erreichen können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die „richtigen Bedingungen“ für das OSCE und das Sicherstellen und Erreichen einer entsprechend hohen wissenschaftlichen Güte aktuell bereits im Vorfeld mit viel Aufwand und Ressourcen verbunden sind. Dabei stellen die hier theoriegeleiteten Indikatoren zur inhaltlichen Bestimmung immanenter Merkmale des Handlungsfeldes und des situativ-sozialen Beziehungshandelns erste und wesentliche Schritte zur Entwicklung des mOSCE-NA dar. Ebenso deuten die Ergebnisse aus der Literatur darauf hin, dass besonders die Ausbildung/Schulung der Prüfer<sup>418</sup> und deren Erfahrungen maßgeblich zur Validität beitragen, deutlich mehr als dies bei detailreichen, „objektiven“ Bewertungsbögen der Fall ist.<sup>419</sup> Ebenso haben sich durch eine höhere Anerkennung der Subjektivität von erfahrenen Bewertern die Übereinstimmungen bei der Interrater- und der internen Konsistenz verbessert, trotz der weiterhin als schwierig zu bewertenden Items wie Kommunikationsfähigkeiten oder Empathie.<sup>420</sup> Damit kann ein höheres Augenmerk auf die Reduktion von Stationen zugunsten von vergrößerten Zeitkorridoren sinnvoll sein. Dies knüpft wiederum an die Aussage an, dass eine Erhöhung von Stationen nicht automatisch zu einer höheren Reliabilität führt (s. o.).

Dies sind entsprechende Rahmenüberlegungen, die letztlich der Validität und der Validierung eines Testkonstrukts zuträglich sind. Validität ist abhängig von der Plausibilität des interpretativen Arguments.<sup>421</sup> Für diese Arbeit ist es, seiner Argumentation folgend, damit möglich, eine explizite Anerkennung des situativ-sozialen Beziehungshandelns durch die in den ersten beiden Teilen durchgeführte Identifikation der Merkmale schlussfolgernd zu erreichen. Das Wichtigste bei der Validierung ist damit der Zweck oder die beabsichtigte Interpretation. Die Güte eines Testkonstrukts wie des mOSCE-NA, bedarf so der expliziten, klaren Aussage über die beabsichtigte Interpretation oder die zu ziehenden Schlüsse. Damit sind die in der Literatur nicht immer eindeutigen Konstruktionsmerkmale, wie die der Validität hinterlegten Konzepte und Theorien,

---

<sup>412</sup> vgl. hierzu Schlegel 2018, S. 31 ff.

<sup>413</sup> vgl. hierzu Jünger 2012, S. 22 ff.

<sup>414</sup> vgl. Nikendei und Jünger 2006, S. 5.

<sup>415</sup> vgl. Bonse-Rohmann et al. 2008, Kap. 3.2.4.

<sup>416</sup> vgl. Brannick et al. 2011, S. 1186.

<sup>417</sup> vgl. Schwerdtfeger 2010, S. 16.

<sup>418</sup> vgl. Khan et al. 2013, 1444.

<sup>419</sup> vgl. Wilkinson 2018, S. 29.

<sup>420</sup> vgl. Khan et al. 2012, S. 935.

<sup>421</sup> vgl. Kane 1992, S. 527.

wahrscheinlich einflussreiche Determinanten für die Reliabilität des Testverfahrens. Für die Entwicklung des mOSCE-NA sollen diese Erkenntnisse zusammengeführt werden. Hierzu orientiert sich der Autor argumentativ an vorgeschlagenen Schritten zur Entwicklung, die in der Literatur zumeist auch um Hinweise zur Implementierung erweitert werden. Da dies jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit ist, werden insbesondere die für die Entwicklung relevanten Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel aufgegriffen und auf das mOSCE-NA überführt.

Im Gegensatz zu kriterialen Validierungen oder Konstruktvalidierungen beruht das Ergebnis einer Inhaltsvalidierung primär auf fachlichen und subjektiven Einschätzungen.<sup>422</sup> Inwieweit die Items oder der Test die Grundgesamtheit des Konstrukts abbilden, ist bei der Einschätzung handlungsleitend.<sup>423</sup> Der Autor orientiert sich dabei an den Empfehlungen von im Wesentlichen drei Schritten. Dies sind die Festlegung von Problemfeldern, in denen die Absolventen klinische Kompetenz zeigen sollen: *„Step one is to identify the problems or conditions that the candidate needs to be competent in dealing with. These may be generated from the opinion of expert groups or by more formal studies based on observation and analysis of what the student or doctors will have to undertake [...].“*<sup>424</sup> Dann soll die Definition der möglichen Aufgabenstellungen innerhalb dieser Problemfelder erfolgen: *„Step two is to define the tasks within the problems or conditions in which the candidate is expected to be competent.“*<sup>425</sup> und zuletzt die Erstellung eines sog. "Blueprint" oder Rasters.<sup>426</sup> Hierbei ist die Interpretation der Erkenntnisse aus den ersten beiden Teilen dieser Arbeit leitendes Interesse. Die vorangegangene, theoretische Begründung und die einzelnen Definitionen wurden in Form einer Vorstellung zur Struktur und zum Inhalt des Konstruktes vorgenommen. Diese erklärenden Aussagen zu den theoriegeleiteten Überführungen können in einem weiteren Schritt durch Experten eingeschätzt werden. Die empirische Überprüfung der Validität muss im Rahmen einer fundierten Forschung erfolgen. Diese kann im begrenzten Rahmen der Arbeit nicht umgesetzt werden.

## 6 Ausblick

Obwohl sich eine große Anzahl an Literatur zu OSCE-Verfahren und ihrer jeweiligen „richtigen Bedingungen“ für eine erfolgreiche Umsetzung findet, setzen sich wenige Quellen mit praktischen Aspekten auseinander. Dabei sind die beschriebenen Aspekte bereits für die Entwicklung von hoher Relevanz und sollten berücksichtigt werden. Im Folgenden werden bestehende Schritte zu einer erfolgreichen Implementierung aus dem ärztlichen Bereich, orientierend auf die Erkenntnisse zur Fachweiterbildung „Notfallpflege“, übertragen. Hierzu haben DANIELS und PUGH<sup>427</sup> 2018 zwölf Tipps

---

<sup>422</sup> vgl. Jenßen 2015, S. 14.

<sup>423</sup> vgl. ebd.

<sup>424</sup> Newble 2004, S. 200–201.

<sup>425</sup> Newble 2004, S. 201.

<sup>426</sup> vgl. ebd.

<sup>427</sup> vgl. Daniels und Pugh 2018, S. 1208 ff.

veröffentlicht, die das Ziel verfolgen, zu gewährleisten, dass das Instrument Messen kann, was dem Vorhaben/der Vorstellung des OSCE entspricht. In der Literatur finden sich diesen Tipps zugrunde gelegte Verfahrens- und Prozessbeschreibungen. Hierunter fällt bspw. das „ADDIE“-Konstrukt<sup>428</sup>: „*Assess, Develop, Design, Implement, and Evaluate.*“ Dieses hat sich in zahlreichen Bereichen, insbesondere in der Entwicklung von Programmen zur Patientensicherheit, dem Katastrophenmanagement und der Entwicklung von Kompetenz im Prozessverständnis bewährt.<sup>429</sup> Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass eine Planung aller Lehr-Lernprozesse, auch unabhängig ihres Bestrebens, großer Sorgfalt bedürfen. So ist auch im Bereich der Simulation, dem das OSCE zugeordnet wird, ein solches Vorgehen „state of the art“ und um das methodische Vorgehen einer Bedarfsanalyse zu erweitern.<sup>430</sup> Die im Folgenden aufgeführten Aspekte zu den zwölf Tipps, greifen deren sinnvolle und zielführende Fragestellungen und Überlegungen auf, die bei der Konzeptionierung und Entwicklung des mOSCE-NA als relevant erachtet werden.<sup>431</sup> Darüber hinaus erfolgen weitere Überführungen der Erkenntnisse, die mit ergänzender Literatur gestützt werden. Im Übertrag auf die benannten, etablierten Fachweiterbildungen, wird exemplarisch auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen eingegangen. Dies liegt darin begründet, dass der Autor erste Kontakte für eine Implementierung der Ergebnisse dieser Arbeit dort herstellen konnte und bildungsförderal die in diesem Bundesland geltenden Regularien der landesrechtlichen Ordnungsmittel legitimierende Anhaltspunkte für solch ein Prüfungsverfahren darstellen können.

Eine Verschränkung der, bereits bei der Entwicklung zu berücksichtigenden, Aspekte zur erfolgreichen Implementierung des mOSCE-NA, wirft bei DANIELS und PUGH die Frage auf, was mit dem Ergebnis des Prüfungsverfahrens in Verbindung steht. Dies konnte durch die Verortung als klinisch-praktische Abschlussprüfung, als Teilaspekt der klinischen Kompetenz der Notfallpflege, dargelegt werden. Das Nicht-Bestehen der Prüfung geht so mit einer Wiederholungsprüfung einher, die mit weiterem Aufwand für alle Beteiligten verbunden ist. Damit erscheinen ein entsprechend hoher Aufwand und die Aufwendung von konzeptioneller Sorgfalt gerechtfertigt.

Mit der ebenfalls bereits aufgeführten Überlegung, was bewertet werden soll, geht der zweite Tipp einher. Bis heute wird dem OSCE nicht sicher attestiert, mehr als Teilaspekte und von denen insbesondere die praktischen Fertigkeiten, abprüfen zu können. Die entsprechende Orientierung an curricularen Lernzielen soll durch das Zuordnen von Inhalten anhand eines Rasters oder dem Blueprint(s. S. 110) gelingen. Dem kann in dieser Arbeit durch den Charakter einer Abschlussprüfung nicht umfänglich entsprochen

---

<sup>428</sup> Gagne et al. 2005, S. 44.

<sup>429</sup> vgl. Patel et al. 2018, S. 3.

<sup>430</sup> vgl. Chen et al. 2016, S. 11–28.

<sup>431</sup> Die folgenden Ausführungen stellen einen stark verkürzten Einblick in die von Daniels und Pugh 2018 getroffenen, jeweiligen Aussagen dar und sind der dortigen Literaturangaben entnommen. Auf einen jeweiligen Verweis wird aufgrund der in der Originalliteratur bestehenden, kurzen Absätze an dieser Stelle verzichtet.

werden. Vielmehr soll das mOSCE-NA, neben dem, für einen Behandlungserfolg wesentlichen Beherrschen der Merkmalsausprägungen, auch das Prozessverständnis abbilden. Dies macht eine Modifikation erforderlich. Da durch die Erkenntnisse in den ersten beiden Teilen eine Orientierung an dem erfolgreichen Gelingen der definierten Teilprozesse vorausgesetzt wird, erscheint die typische Unterteilung in viele einzelne, kurze Stationen nicht sinnvoll. Vielmehr lässt die den Teilprozessen innewohnende Dynamik keine eindeutige Trennschärfe, bei einer Überführung auf in sich geschlossene Handlungseinheiten, zu. Damit werden maximal drei Stationen, die in Summe ihrer innewohnenden Subprozesse und deren Elemente entsprechend über die Dauer von wenigen Minuten hinausgehen, gestützt durch die Verdichtung in die Workflowbeschreibung, möglich. Dies entspricht damit nicht dem bisherigen Forschungsstand, der bei Prüfungen mit hohem Einsatz zum Erreichen einer akzeptablen Reliabilität 14-18 Stationen vorgibt. Durch die jeweiligen, fallorientierten Subprozesse und ihre inhaltliche Gestaltung kann eine entsprechend hohe Quantität von 16 abzuprüfenden Items dennoch den Anspruch an das Gütekriterium der Reliabilität erreichen. Dies muss jedoch Gegenstand weiterer Forschung sein.

Der dritte Tipp setzt sich mit der daran anschließenden Fallentwicklung auseinander. Auch hierzu konnten bereits in den ersten beiden Teilen dieser Arbeit rahmende Merkmale wie Ein- und Ausschlusskriterien entwickelt werden. Zur Fallentwicklung bieten sich damit Leitsymptome an, die im Handlungsfeld, idealerweise der entsendenden ZNA, häufig wie komplex sind. Es wird als nicht notwendig angesehen, dass bspw. die sog. „kleinen Fächer“ oder auch pädiatrische Patienten Gegenstand der Prüfung sein müssen, wenn die lokalen Begebenheiten dies nicht erforderlich machen. Ebenso dient dabei argumentativ erneut die Orientierung an den Zulassungsvoraussetzungen zur Abschlussprüfung, die eine entsprechende Kompetenz durch die erfolgreich bestandenen Module attestieren. Das mOSCE-NA zielt auf das Prozessverständnis, unter Berücksichtigung der Komplexität und der Gestaltung des situativ-sozialen Beziehungshandelns, ab. Entwicklungserscheinungen sind damit nicht in dem Maße als aktiv, konstruktiv und kooperativ zu erwarten, wenn sie im Rahmen von seltener, ungewohnter oder unrealistischer Performanz zugeschrieben werden sollen. Die Spezifikationen eines Falles sind darüber hinaus auch an den vorangegangenen Erkenntnissen auszurichten. Hierbei sind die jeweilige klinische Präsentation oder Manifestation des Behandlungsanlasses und -bedarfs durch die festgelegten Ersteinschätzungskategorien und ihren hinterlegten Ausprägungen bestimmt. Damit werden SP, eventuell in Verbindung mit „high-fidelity“ Simulatoren in Form einer Hybridsimulation notwendig, die ihrerseits das klinische Bild inhaltlich realitätsnah und authentisch darbieten können. Eine Überprüfung der Fälle sollte dabei von Experten des entsprechenden Mesosystems erfolgen. Damit wird sichergestellt, dass die immanenten Merkmale sowohl fachlich korrekte, als auch adressatenorientierte Relevanz abbilden. Die Fragestellungen an die Validität, welche idealerweise durch eine entsprechende Pilotierung abgesichert werden sollten, müssen berücksichtigt werden. Die den Aufgabenstellungen hinterlegten, zeitlichen Aspekte wiederum, sind als

Modifikation im mOSCE-NA anzusehen. Es erscheint sinnführend, sich an bezugswissenschaftlichen wie alltagspraktischen Rahmenbedingungen zu orientieren. Damit wird eine gesamte Prüfungsdauer von 90 – 120 Minuten als sinnvoll angesehen. Dies wird einerseits der durchschnittlichen Behandlungsdauer eines Patienten im Rahmen der Ersteinschätzungskategorien gerecht (s. S. 48), andererseits entspricht dies auch ähnlichen Abschlussprüfungsverfahren in anderen, etablierten Fachweiterbildungen.<sup>432</sup> Hierbei ist letztlich die Orientierung an den Begebenheiten von Bedeutung. Damit können einerseits typische Wartezeiten der jeweiligen Organisationseinheiten bei Unterstützungsprozessen, wie z. B. Laborergebnissen, berücksichtigt werden. Andererseits erlaubt die festlegende Orientierung an der Gesamtdauer der Prüfung auch den Einbezug von generellem Zeitdruck im nicht planbaren Notfallgeschehen und bei Eintreten von Störfaktoren und Stressoren, denen der Absolvent kompetent begegnen soll. Auch dieses Ergebnis weist eine Modifikation gegenüber der etablierten OSCE-Verfahren auf.

Der vierte und der achte Tipp setzen sich mit der Bewertung und den Bewertungsrubriken auseinander. Hierbei sind erste Überlegungen getroffen worden, die sich in ihrer Sinnführung im mOSCE-NA tendenziell an eher globalen und subjektiveren Rubriken ausrichten sollten. Dies ist besonders durch die dem Teilnehmer eigenen Entwicklungserscheinungen bedingt, die durch eine Vorhersage, z. B. durch die im Vorfeld zu definierenden, detaillierten Handlungsschritte und deren Reihenfolge in Form von Checklisten, in ihrer Sinnführung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit nicht entsprechen. Darüber hinaus kann es, bedingt durch die innewohnende Dynamik des situativ-sozialen Beziehungshandelns, positiven Einfluss auf die Güte des Testkonstrukts haben.<sup>433</sup> So scheint es vermeidbarer, dass die Absolventen einzelne Checklisten auswendig lernen, anstatt ihre klinische Kompetenz im Prozessverständnis zu demonstrieren. Hierzu schlagen weitere Autoren eine Bündelung von stationsinternen, vielen, dafür als einfacher angesehenen Items zu weniger, dafür anspruchsvolleren vor.<sup>434</sup> Dies entspricht den gewonnenen Erkenntnissen zur Bewertung und zur Prozessbewertung unter der Erfassung von nicht sicher zu planenden Entwicklungserscheinungen. Ebenso kann die Implementierung der „Borderline-Methode“ geeignet sein, die Schwierigkeit einer Station weitgehend zu kompensieren. Sie ermöglicht eine Gesamtbewertung der Prüfung und muss im Wesentlichen festlegen, was unter dem „minimal kompetenten“ Absolventen zu verstehen ist.<sup>435</sup> Damit einher gehen Vorüberlegungen, ob und wie viele Punkte erreicht werden sollen, einzelne Teilprozesse auf einer Ratingskala nachgewiesen werden oder die gesamte Patientenbehandlung überprüft wird, wobei die vorherigen Aspekte der Bewertungsdarlegung entsprechen können. Letzteres entspricht den Ergebnissen der Zusammenführungsprozesse dieser Arbeit, indem z. B. die klaren

---

<sup>432</sup> vgl. hierzu Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, Referat 14 2021§ 10.

<sup>433</sup> vgl. Marwaha 2011, S. 4.

<sup>434</sup> vgl. Pell et al. 2010, S. 811.

<sup>435</sup> vgl. ebd. S 808

Definitionen von Fehlern mit Gefährdungspotenzial bestimmt werden. Nach Auffassung des Autors muss im Rahmen einer Abschlussprüfung einerseits der gesamte Verlauf unter der Prämisse des Vermeidens von Gefährdung oder gar Schaden gelingen. Dennoch kann die Wahl der Methode, z. B. die „Borderline-Methode“, das „Angoff-Verfahren“ oder auch die „Borderline-Regression“ ermöglichen, grenzwertige Entscheidungsfindungen einer erneuten Prüfung zuzuführen oder in Form der den Teilprozessen innewohnenden Reflexionen zu klären. Dabei weist die sog. Clusteranalyse mit der Mittelwertmethode zur Qualitätssicherung von „Borderline -Methoden“ eine potenzielle Eignung für das mOSCE-NA auf, wobei dieses im Rahmen von 30 Stationen getestet wurde.<sup>436</sup> Ebenso kann durch diese Abwägung der eventuell zu kritisierende Aspekt der Künstlichkeit in der Simulation derart berücksichtigt werden, dass dies nicht zu künstlichen (Über-)Bewertungen führt. Das Nicht-Bestehen einer Prüfung oder eines Teilprozesses hätte auch bei der Prüfung „vor Ort“ am realen Patienten, auf MILLERs Pyramide damit auf der „Expertenebene“ des „Does“, ein Eingreifen der Prüfer erforderlich gemacht, da eine Patienten- oder Mitarbeitergefährdung oder ein Schaden entstanden wäre. Dies sind Möglichkeiten, die Performanz auf die Handlungskompetenz zu übertragen, sie in schlüssige Argumentationen zu überführen und damit die Akzeptanz des Prüfungsverfahrens mOSCE-NA zu erhöhen. Diese Aspekte gilt es zu prüfen und bereits bei der Fallentwicklung zu berücksichtigen.

Der fünfte und der sechste Tipp setzen sich mit den ebenfalls beschriebenen Notwendigkeiten zur Schulung sowohl der Prüfer als auch der Bewerter auseinander. Besonders die Bewertung des mOSCE-NA weist bei den nicht planbaren und zu definierenden Entwicklungserscheinungen im Prozessverständnis darauf hin, dass die Varianz von diesen in hohem Maße von den Darbietungen zur Realitätsnähe und -treue und der damit einhergehenden Entwicklung des Verlaufes des Notfallgeschehens abhängig ist. Seitens des Autors sollte bedacht werden, dass neben ähnlichen, möglichst kongruenten Ausgangsbedingungen, jede unerwünschte Variation, besonders der für das Konstrukt irrelevanten, die Validität wieder gefährden kann. Ob es hierfür ausreichend ist, dass Regiehandbücher für die SP mit klaren Anweisungen entwickelt werden, oder ob professionelle Schauspieler einer Art Zusatzqualifikation als medizinische Simulationspatienten benötigen<sup>437</sup>, bleibt zu prüfen. Die erforderlichen Grundbedingungen für kongruente Situationen, wie demografische Daten, die Ausgangspositionen auch im Verlauf, das Aussehen oder auch das Verhalten bei gewissen Ereignissen, z. B. Antworten mit festgelegtem Informationsgehalt nur auf Nachfrage etc., sind im Verständnis des Autors dazu obligat.<sup>438</sup> Auch sollten insbesondere im Prüfungsverständnis des mOSCE-NA Verhaltensdimensionen, z. B. in Form von Beispielen möglicher Verhaltensweisen, bedacht und kommuniziert und abgestimmt werden. Dies erscheint, im Gegensatz zum etablierten OSCE-Verfahren, als weniger umfangreich und

---

<sup>436</sup> vgl. Yousuf et al. 2015, S. 280.

<sup>437</sup> vgl. Peters et al. 2019, 9.

<sup>438</sup> vgl. Schwermann 2019, S. 7.

dynamisch. Dies liegt darin begründet, dass die Prüfer einerseits zu zweit agieren, zu Beginn der Implementierung idealerweise unterstützt durch Videorater, und andererseits im ökonomischen Verständnis den gesamten Prozess der Patientenbehandlung oder den gesamten Teilprozess beurteilen. Die seitens des Autors vorgeschlagenen Prüfer setzen sich, wiederum gespeist aus den Erkenntnissen der ersten beiden Teile, aus einem Fachprüfer der entsendenden ZNA, vorgeschlagen in Form der Personalie des verantwortlichen Praxisanleiters, und der Weiterbildungsleitung zusammen. Auch dies stellt eine Modifikation dar, die im Rahmen von pflegerischen Fachweiterbildungen jedoch nicht unüblich ist.<sup>439</sup>

Weiterhin führen DANIELS und PUGH im siebten Tipp qualitätssichernde Aspekte zur Datenerfassung an. Hierbei spielen wieder die Schulungen der Bewerter eine Rolle, die die Bögen einerseits korrekt ausfüllen sollen und andererseits mit der Orientierung und Vollständigkeit der Beobachtungsbögen konfrontiert sind. So müssen z. B. Entscheidungen im Vorfeld bedacht werden, wie mit nicht bewerteten Items oder Skalen umgegangen werden soll. Auch hier ist es nach Ansicht des Autors zielführend, Beobachtungsbögen zu entwickeln, die neben globalen Skalen auch die aktiven, konstruktiven wie kooperativen Merkmale erfassen können. Dies kann bspw. durch Leerfelder (vgl. Tab. 6, S. 89) erreicht werden, die wiederum die Dokumentation von dem Teilprozess zugehörigen Elementen, wie z. B. der konkreten Intervention oder Methode, ermöglichen. Eine retrospektive Erfassung der Handlungsschritten, auch unter chronologischer Perspektive, ist durch eine Reflexion der beobachteten Erscheinungen oder auch der gesetzten Prioritäten gesichert. Die weiteren Tipps sollten zwar ebenfalls bereits bei der Entwicklung und spätestens bei der Implementierung berücksichtigt sein, sind im Rahmen dieser Arbeit jedoch nur von untergeordnetem Interesse. So wird sich eine Generalisierbarkeit, die, im Ansinnen des Autors analog der zentralen Planung und Anwendung in der medizinischen Ausbildung, idealerweise auf Bundesebene erfolgen sollte, an Kompetenz, deren Förderung durch Assessments und deren konsequenter Umsetzung in Lehr-Lern-Prozessen etablieren können.<sup>440</sup> Hierzu werden dann die dargestellten Reliabilitätskoeffizienten eine wesentliche Rolle für den Erfolg oder auch Misserfolg der Implementierung des mOSCE-NA sein. Ebenso setzen sich DANIELS und PUGH mit Korrelationen sowohl der Prüfungsform als auch der Inhalte auseinander. Im Kontext dieser Arbeit verfolgt der Autor mit der Abschlussprüfung das Ziel, einerseits die klinische Kompetenz in pflegebezogenen Prozessen in der ZNA zu prüfen. Andererseits erfolgt dies durchaus im Bewusstsein, dass diese Kompetenzen noch weiterer Entwicklungen, Absicherungen und Konzertierungen bedürfen. Dessen ungeachtet können sowohl die Prüfungsform als auch ihre inhaltliche Gestaltung als Steuerungsinstrumente für den Lernprozess nutzbar gemacht werden.<sup>441</sup> Damit können dann die Lernprozesse und das Verhalten der Weiterbildungsteilnehmer für eine

---

<sup>439</sup> vgl. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, Referat 14 2021 § 10.

<sup>440</sup> German Association for Medical Education GMA, Advisory Board 2019, S. 8.

<sup>441</sup> vgl. Schaper und Hilkenmeier 2013, S. 27.

professionelle Notfallpflege positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus können die mit Lernerfolg einhergehenden, simulativen Methoden<sup>442</sup>, bereits im Rahmen der Fachweiterbildung ausgebaut und ihre Effektivität auch in der ZNA potenziell erfahrbar sein. Letztlich bedarf das mOSCE-NA als Prüfungsinstrument vorbereitender Lehr-Lernprozesse bereits im Rahmen der Fachweiterbildung, um seine Akzeptanz über die Absolventen und die Mesoebene hinaus, zukünftig auch für das Berufsbild und die Rolle der Notfallpflege nutzbar zu machen.<sup>443</sup> In einem letzten Tipp gilt es, sich frühzeitig über die Form der Evaluierung des gesamten Prozesses auseinander zu setzen.

Das Prüfungsverständnis in dieser Arbeit richtet sich damit auf ein Gesamtverfahren, welches unterschiedliche Prüfungsmethoden implementieren kann, um die klinische Kompetenz für die Notfallpflege zu erfassen. Dies bietet sich mit den vorgeschlagenen Modifikationen im OSCE an. So ist es möglich, klinisch-praktische Kompetenzen mit z. B. mündlichen Prüfungselementen zu kombinieren. Diese werden im mOSCE-NA in jedem Teilprozess in Form von Übergaben oder auch Begründungen gegenüber dem Patienten oder Kollegen abgebildet. Der Vorteil liegt derart begründet, dass damit ebenfalls kommunikative Aspekte adäquat geprüft werden können und die Kombination der verschiedenen Prüfungsformen eine hohe Validität und die unterschiedlichen Kompetenzdimensionen sicherstellen können.<sup>444</sup> Die Entwicklung eines Prüfungsplanes verfolgt das Ziel, die Prüfungsinhalte vorzugeben und anhand des Abgleichs mit den Lernzielen eine ausgewogene Auswahl dieser Inhalte in die Prüfung zu überführen. Eine solche Umsetzung entspricht in dieser Form nicht der Ausrichtung des mOSCE-NA, da dem Verfahren die Gesamtheit des erforderlichen Kompetenzverständnisses zur Prozessorientierung hinterlegt ist. Der Sinn des „Blueprint“ wird nach Auffassung des Autors dennoch verfolgt, da die Gültigkeit der Inhalte an den beschriebenen Merkmalen auf der Struktur- wie der Prozessebene orientiert und im Rahmen des prozessorientierten Fallverständnisses konzeptionell als relevant, repräsentativ und damit fair angesehen wird.

## 7 Fazit

Den zu Beginn formulierten Problemstellungen konnte begegnet werden. Das in dieser Arbeit geschilderte Kompetenzverständnis als Performanz, wird als Teilaspekt einer klinisch-praktischen Abschlussprüfung für die Notfallpflege zugrunde gelegt. Dabei ist es für die Schärfung des Profils der Notfallpflege und ihre zukünftige Rolle in der Notfallversorgung wesentlich, die bestehende Prüfungspraxis kritisch zu hinterfragen und Prüfungsformen als Steuerungsinstrument, auch zur Ausbildung von weiterhin zu konzertierenden Aufgaben und Verantwortungen für fachweitergebildete Notfallpflegekräfte, fokussiert zu nutzen. So können die Anforderungen an das Berufsbild

---

<sup>442</sup> vgl. Wijnen-Meijer et al. 2020, S. 234.

<sup>443</sup> vgl. Harding et al. 2013, S. 253

<sup>444</sup> vgl. Möltner et al. 2006, 10

und auch die abzusehenden Erweiterungen der klinischen Kompetenzen durch klare, hoheitliche Verantwortungen geprüft, verifiziert und formal qualifiziert werden. Das Handlungsfeld ist durch Besonderheiten gekennzeichnet, die bisher nicht in definierte Aufgaben und Verantwortlichkeiten für Notfallpflegende konzentriert sind. Die Bestimmung und Beschreibung der benötigten handlungsfeldtypischen Strukturen und Prozesse, ist dazu ein erster und wesentlicher Schritt. Er erlaubt die Identifikation von Referenzen zu einer begründbaren Gestaltung einer solchen Prüfung. Dazu wurde das Erfordernis der Erfassung des Handlungsfeldes anhand des ökologisch-systemischen Ansatzes vorgenommen. Sein analytisches Potenzial konnte die Besonderheiten der Anforderungen an professionelles, situativ-soziales Beziehungshandeln, trotz bestehender Heterogenität, identifizieren, als Strukturmerkmale beschreiben und in eine mögliche Prüfungskonzeption überführen.

BRONFENBRENNERs Ansatz, ermöglicht darüber hinaus auch das Einbeziehen lokaler wie regionaler Begebenheiten, die das merkmalsgeprägte, situativ-soziale Beziehungshandeln charakterisieren. Dieses ist durch die in der Fachweiterbildung vermittelten Kompetenzen in Form erwartbarer und beobachtbarer Entwicklungserscheinungen gekennzeichnet, die den Bezugskontexten, Merkmalen und Elementen der Bezugssysteme der Notfallversorgung zugeordnet werden konnten. Wesentlich im Fokus der Abschlussprüfung stehen der Situations- und Subjektbezug in Form von Fallverstehen, die interdisziplinären Abstimmungskontexte und Beziehungen, sowie die Implementierung normativer Vorgaben. Um die Entwicklung der Notfallpflege anhand aktiven, konstruktiven und kooperativen Potenzials sichtbar zu machen, können definierte Defizite unterstützend sein.

Die wechselseitigen und interdependenten Bezüge unterliegen dominanten Rechtsbeziehungen, die in vielfältiger Art und Weise handlungsleitend sind. Die Merkmale der an der Versorgung eines Notfallpatienten beteiligten Systeme sind dabei unter den Aspekten der Wertschöpfung, der Effektivität und auch der Effizienz anzusehen. Diese Anforderungen an Versorgungsqualität erweitern die strukturellen Merkmale auf Geschäftsprozesse, die ebenfalls als handlungsleitend erfasst werden konnten. Dabei sind die pflegebezogenen Prozesse in einer ZNA, unabhängig einer Teilnahme an der Notfallversorgung oder der Zugehörigkeit zu einer Versorgungsstufe, dem Versorgungsprozess „Patientenbehandlung“ zuzuordnen.

Das Prozessverständnis kann dabei nicht in Form von vordefinierten Handlungsschritten erfolgen, sondern muss dem jeweiligen Teilprozessverständnis entsprechen. Dies erfordert die Überführung, der für die Prüfung konzeptionell relevanten Merkmale durch Verdichtung, auf die Prozessebene. Sie können so zur Konzeption eines Testkonstrukts verfahrenstechnisch wie inhaltlich genutzt werden. Durch ihre Implementierung kann eine Vergleichbarkeit von Prüfungsleistungen in Form von transparent gestalteten und ähnlichen Anforderungen im Versorgungsprozess, unabhängig des Krankheitsbildes, gewährleistet werden. Das entspricht damit dem Prüfungsgegenstand, der sich durch seine definierte, klinische Manifestation in Ersteinschätzungskategorien, durch

Leitsymptomatik, meist ohne eine gesicherte Diagnose, dynamisch und als nicht planbar präsentiert.

Das hierzu erforderliche Prüfungsverfahren muss dabei Erkenntnissen moderner und etablierter „Good Practice“ zur Kompetenzmessung entsprechen. Die Entwicklung eines solchen Testkonstrukts muss bereits im Rahmen der Konzeptionierung und Entwicklung den hohen Anforderungen an die wissenschaftliche Güte entsprechen. Die dazu in den ersten beiden Teilen dieser Arbeit erfolgte Darlegung des theoretischen Bezugsrahmens dient einer ersten Annäherung an eine inhaltliche Validität.

Die Abbildung der für die Patientenbehandlung relevanten, pflegebezogenen Prozesse und ihrer prägenden Merkmale, machen eine Modifikation des als sinnführend erachteten und bezugswissenschaftlich etablierten Verfahrens „OSCE“ erforderlich. Der Erkenntnisgewinn aus den vorangegangenen Teilen der Arbeit lässt eine kongruente Überführung auf ein solches Prüfungsverfahren für die Notfallpflege jedoch nicht uneingeschränkt zu. Tragende Gründe sind das im OSCE zumeist fehlende Prozessverständnis. Damit einher geht seine fehlende Eignung, das charakterisierte Notfallgeschehen mit seiner innewohnenden Dynamik und seiner Nicht-Planbarkeit abzubilden. Ebenso kann die wechselseitige Abhängigkeit von Interventionen und Überlegungen, die bezüglich des Behandlungserfolges interdisziplinärer Abstimmungen und steter Evaluation und Überprüfung unterliegen, in einzelnen, zeitlich stark begrenzten Stationen, nur unzureichend der Komplexität des Notfallgeschehens gerecht werden. Der seit Dekaden andauernde Prozess der Entwicklung eines OSCE kann zur adaptierten Abbildung klinischer Kompetenz für die Notfallpflege genutzt werden. Die Stärken und Schwächen des Verfahrens sind bis heute relevant. Damit stellt die vorliegende Arbeit, im Sinne der „richtigen Bedingungen“, eine erste konzeptionelle Annäherung dar. Die immanenten Struktur- und Prozessmerkmale lassen sich in rahmende Prüfungsbestandteile überführen. Insbesondere die medico-legalen und ethischen Aspekte begrenzen dabei eine Prüfung am realen Patienten und machen eine Simulation der Notfallversorgung erforderlich. Die Individualität der jeweils entscheidenden Organisationseinheit muss dabei, im Bewusstsein der bestehenden mannigfaltigen Heterogenität des Handlungsfeldes, berücksichtigt werden, was eine Vergleichbarkeit erschwert. Ein entsprechender Konzeptionsrahmen, der eine Implementierung der charakterisierenden und prägenden Referenzen einerseits und andererseits auch die jeweiligen Besonderheiten der ZNA inkludiert, kann dabei eine Lösung sein. Die Dialektik muss durch Abstimmungen auf der Mesoebene adressatenorientiert überwunden werden, um eine sinnführende Akzeptanz des Prüfungsverfahrens zu erreichen. Die konzeptionelle Aussagekraft dieses Prüfungsverfahrens als ein Instrument zur Kompetenzmessung, bedarf dazu einer Konzertierung der inhaltlichen Repräsentativität und Relevanz.

Die aktuelle Prüfungspraxis soll zukünftig auf Herausforderungen ausgerichtet sein, die von allen Beteiligten für die optimale Versorgung des Notfallpatienten als bedeutend wahrgenommen werden. Für die, einer solchen Entwicklung zugrunde liegende

Konzeption, wurden die zu bewertenden Prüfungsaufgaben in den Teilprozessen des Kernprozesses „Aufnahme“ bestimmt und, sowohl mit spezifischen Zielen als auch unter aktiven, kooperativen und konstruktiven Entwicklungserscheinungen der zentralen Dimensionen im Kompetenzverständnis, miteinander in Bezug gesetzt. Die jeweilige Operationalisierung der Abschlussprüfung soll dazu unter Berücksichtigung der Adressaten und der makropolitischen, normativen Vorgaben erfolgen. Das bedeutet eine Anerkennung des Prüfungsverfahrens unter zugehörigem Einsatz hoher Ressourcen und deren Bereitstellung. Diese sind notwendig, um die spezifischen Aufgaben und die dazugehörigen Bewertungsergebnisse trotz der Heterogenität einerseits vergleichbar und fair zu gestalten, andererseits, um die Güte der Kompetenzmessung durch das Testverfahren des mOSCE-NA als Indikator für die Qualität der Notfallpflege zu sichern. Das hierzu erforderliche Personal, die Ausrüstung, die Finanzierung und der zeitliche Umfang des Prüfungsverfahrens dienen der Gewährleistung von objektiven und strukturierten Messungen der klinischen Kompetenz pflegebezogener Prozesse und deren Abbildbarkeit, unter Umständen auch im interdisziplinären Kontext. Die Merkmale ermöglichen ein möglichst kongruentes Anforderungsprofil an Prüfungsleistungen in Notfallsituationen zu verwirklichen und damit, trotz der Heterogenität und Individualität des Handlungsfeldes, im Fallverstehen faire Bedingungen zu schaffen. Durch den Bezug zu diesen Merkmalen gelingt auch die Überführung begründbarer Erwartungen an die Notfallpflege in Konkretisierung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit. Die weiterhin zu beforschende Messbarkeit dieser Erwartungen kann durch eine Provokation von Erscheinungen gelingen, die einen erfolgreichen Entwicklungsprozess kennzeichnen. Durch ihren aktiven, konstruktiven und kooperativen Charakter sind sie dabei nicht im Voraus zu definieren, sondern das Resultat einer Entwicklung, die die professionelle Gestaltung des situativ-sozialen Beziehungshandelns in Notfallsituationen individuell ermöglicht und sich der innewohnenden Dynamik anpasst. Hierzu wurde mit dieser Arbeit ein erster Schritt vollzogen, der den zu Beginn formulierten Zielsetzungen durch einen aussagekräftigen, konzeptionellen Rahmen entsprechen kann. Die dargelegten, konzeptionellen Konstrukte und die dazu hinterlegten Theorien zur Abbildung pflegebezogener Prozesse in der ZNA, scheinen zur Bewertung der Performanz geeignet. Die zukünftige Rolle der Notfallpflege und die Entwicklung des noch neuen Berufsbildes, muss in einer solchen Prüfung mit den hohen Anforderungen an rechtliche Aspekte und der steten Orientierung an der Gewährung der Patienten- wie Arbeitssicherheit im Risikobereich der ZNA abzubilden sein. Während des gesamten weiteren Entwicklungs- und Implementierungsprozesses ist eine kontinuierliche Evaluierung notwendig und Änderungen bei Bedarf sind nicht auszuschließen.

## Literaturverzeichnis

- ACEP Board of Directors (2016): Definition of Emergency Medicine. In: *Annals of emergency medicine* 68 (1), S. 142–143. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2016.04.040.
- Achtenhagen, F.; Tramm, T. (1993): Übungsfirmenarbeit als Beispiel handlungsorientierten Lernens in der kaufmännischen Berufsbildung. Unter Mitarbeit von Chr. K. Friede und K. Sonntag. Heidelberg.
- Afflerbach, C.; Böhm, B.; Bohn, A.; Christiansen, I.; Fischer, D.; Fischer, L. et al. (2019): BPR und SAA 2020. Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst. Hg. v. Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Meckelnburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt.
- Andrew B. J. (1977): The use of behavioral checklists to assess physical examination skills. In: *Journal of medical education* 52, S. 589–590.
- Australian Nursing and Midwifery Council of Australia (ANMC) (2013): NDEC Matrix for ANMC National Competency Standards and CENA Practise Standards. Emergency Care Institute Nurse Delegated Emergency Care. Australien. Online verfügbar unter [https://aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/273586/ndec-matrix-for-anmc-and-cena-standards-final.pdf](https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/273586/ndec-matrix-for-anmc-and-cena-standards-final.pdf), zuletzt geprüft am 05.06.2020.
- AWMF (2020): Leitlinien Regelwerk. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>, zuletzt geprüft am 10.03.2021.
- Bachman, L. F.; Palmer, A. S. (2010): Language testing in practice. Designing and developing useful language tests. 12. [Nachdr.]. Oxford: Oxford Univ. Press (Oxford applied Linguistics).
- Bader, R. (2003): Lernfelder konstruieren – Lernsituationen entwickeln. Eine Handreichung zur Erarbeitung didaktischer Jahresplanungen für die Berufsschule. In: *Die berufsbildende Schule (BbSch)* 55 (7-8210-217), S. 210–217. Online verfügbar unter <https://dihorst.de/downloads/bader.pdf>, zuletzt geprüft am 01.04.2021.
- Barman, A. (2005): Critiques on the Objective Structured Clinical Examination. In: *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 34 (8), S. 478–482.
- Bätzing-Lichtenthäler, S. (2015): Berichte aus der Pflege. Richtlinien zu den Prüfungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Nr. 5).
- Bayrisches Rotes Kreuz (2014): Das Nofallsanitätärgesetz und seine Auswirkungen. In: *Notarzt* 30 (03), S. 106–111. DOI: 10.1055/s-0034-1370102.
- Becker, C.; Marsch, S.; Eppich, W.; Hunziker, S. (2018a): Führen optimierte Teamarbeit und Führungsverhalten zu besseren Reanimationsergebnissen? In: *Notfall Rettungsmed* 21 (3), S. 171–176. DOI: 10.1007/s10049-018-0432-9.
- Becker, S.; Hummel, C.; Sander, G. (2018b): Literaturwissenschaft. Eine Einführung. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage des "Grundkurses Literaturwissenschaft". Ditzingen: Reclam (Reclams Studienbuch Germanistik).
- Beckers, S. K.; Müller, M. P.; Timmermann, A.; Walcher, F.; Urban, B.; Angstwurm, M. (2009): Studentische Ausbildung in der Notfallmedizin. In: *Notfall Rettungsmed* 12 (5), S. 354–359. DOI: 10.1007/s10049-009-1176-3.
- Behringer, W.; Buergi, U.; Christ, M.; Dodt, C.; Hogan, B. (2013): Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: *Notfall Rettungsmed* 16 (8), S. 625–626. DOI: 10.1007/s10049-013-1821-8.
- Behringer, W.; Dodt, C.; Eisenburger, P.; Laggner, A. N. (2020): Intensivmedizinische Aspekte in der Notfallmedizin.
- Behringer, W.; Dodt, C.; Laggner, A. N. (2012): Intensivtherapie in der Notaufnahme. In: *Notfall Rettungsmed* 15 (5), S. 392–397. DOI: 10.1007/s10049-012-1597-2.

- Behringer, W.; Graeff, I.; Dietz-Wittstock, M.; Wrede, C. E.; Mersmann, J.; Pin, M. et al. (2019): Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren. In: *Notfall Rettungsmed* 22 (4), S. 330–333. DOI: 10.1007/s10049-019-0585-1.
- Behringer, W.; Lamp, M. (2015): Notfallpflege in Österreich. In: *OsterrPflegezeitschrift* (4), S. 29–30.
- Benjamin, M. F.; Hargrave, S.; Nether, K. (2016): Using the Targeted Solutions Tool® to Improve Emergency Department Handoffs in a Community Hospital. In: *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 42 (3), 107–118. DOI: 10.1016/S1553-7250(16)42013-1.
- Berkenstadt, H.; Ziv, A.; Gafni, N.; Sidi, A. (2006): Incorporating simulation-based objective structured clinical examination into the Israeli National Board Examination in Anesthesiology. In: *Anesthesia and analgesia* 102 (3), S. 853–858. DOI: 10.1213/01.ane.0000194934.34552.ab.
- Bernhard, M.; Eifinger, F.; Gräff, I.; Henke, T.; Künstler, C.; Kumle, B. et al. (2019): Notaufnahme: Interprofessionell und interdisziplinär. Editorial der Herausgeber. In: *Notaufnahme up2date* 1, S. 2.
- Bernhard, M.; Ramshorn-Zimmer, A.; Hartwig, T.; Mende, L.; Helm, M.; Pega, J.; Gries, A. (2014): Schockraummanagement kritisch erkrankter Patienten. Anders als beim Trauma? In: *Der Anaesthetist* 63 (2), S. 144–153. DOI: 10.1007/s00101-013-2258-7.
- Biermann, E. (2009): Rechtliche Aspekte in der Notfallmedizin – Teil 1. In: *Notf.med. up2date* 4 (04), S. 297–313. DOI: 10.1055/s-0029-1240638.
- Biermann, E. (2010): Rechtliche Aspekte in der Notfallmedizin – Teil 2. In: *Notf.med. up2date* 5 (01), S. 25–41. DOI: 10.1055/s-0029-1240843.
- Blakeman, T. C.; Branson, R. D. (2013): Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. In: *Respiratory care* 58 (6), S. 1008–1023. DOI: 10.4187/respcare.02404.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, E. (2010): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2017): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2017. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Online verfügbar unter <https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer>.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2019): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Online verfügbar unter <https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- Böcker, C. (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht - Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung.
- Bonse-Rohmann, M.; Hüntelmann, I.; Nauerth, A. (Hg.) (2008): Kompetenzorientiert prüfen. Lern- und Leistungsüberprüfungen in der Pflegeausbildung. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer. Online verfügbar unter [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3117175&prov=M&dok\\_var=1&dok\\_ext=htm](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3117175&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm).
- Boulet, J. R.; Champlain, A. F. de; McKinley, D. W. (2003): Setting defensible performance standards on OSCEs and standardized patient examinations. In: *Medical teacher* 25 (3), S. 245–249. DOI: 10.1080/0142159031000100274.
- Boulet, John R.; Murray, David J. (2010): Simulation-based assessment in anesthesiology: requirements for practical implementation. In: *Anesthesiology* 112 (4), S. 1041–1052. DOI: 10.1097/ALN.0b013e3181cea265.
- Brannick, M. T.; Erol-Korkmaz, H. T.; Prewett, M. (2011): A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. In: *Medical education* 45 (12), S. 1181–1189. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04075.x.

- Breuer, F.; Pommerenke, C.; Lamers, A.; Schloack, S.; Langhammer, S.; Dahmen, J. et al. (2020): Generaldelegation von heilkundlichen Maßnahmen an Notfallsanitäter – Umsetzung im Land Berlin. In: *Notfall Rettungsmed.* DOI: 10.1007/s10049-020-00683-x.
- Bromley, L. M. (2000): The Objective Structured Clinical Exam - practical aspects. In: *Current opinion in anaesthesiology* 13 (6), S. 675–678. DOI: 10.1097/00001503-200012000-00011.
- Bronfenbrenner, U. (Hg.) (1993): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Unter Mitarbeit von Lüscher, Kurt (Hrsg.). 4.- 5. Tsd. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verl. (Fischer Taschenbücher, 42312).
- Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. in der Fassung vom 20.09.2019. Unter Mitarbeit von Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterfortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- Bundesinstitut für berufliche Bildung (BIBB) (2005): Lernfeldkonzept. BIBB. Online verfügbar unter [http://www.bibb.de/redaktion/krankenpflege/materialien/lernfeldkonzept\\_02a.htm#](http://www.bibb.de/redaktion/krankenpflege/materialien/lernfeldkonzept_02a.htm#), zuletzt geprüft am 24.05.2005.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (22.05.2013): Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters. NotSanG, vom 14.12.2019. Fundstelle: <https://www.gesetze-im-internet.de/notsang/BJNR134810013.html>. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/notsang/BJNR134810013.html>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung: Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR). Niveau 6. Online verfügbar unter <https://www.dqr.de/content/2336.php>, zuletzt geprüft am 11.12.2020.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe. PflAPrV.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (2018): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe. Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung - PflAPrV. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/027/1902707.pdf>.
- Bundesministerium für Gesundheit (10.12.2015): Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung. Krankenhausstrukturgesetz - KHSG. Fundstelle: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 51. Online verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text\\_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist\\_0&bk=bgbl&start=%2F%2F\\*%5B%40node\\_id%3D%27543490%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27543490%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1).
- Canadian Nurses Association (2012): Exam Blueprint and Specialty Competencies. Introduction – Blueprint for the Emergency Nursing Certification Exam. Hg. v. Canadian Nurses Association.
- Carraccio, C.; Englander, R. (2000): The objective structured clinical examination: a step in the direction of competency-based evaluation. In: *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 154 (7), S. 736–741. DOI: 10.1001/archpedi.154.7.736.
- Cate, O. ten; Snell, L.; Carraccio, C. (2010): Medical competence: the interplay between individual ability and the health care environment. In: *Medical teacher* 32 (8), S. 669–675. DOI: 10.3109/0142159X.2010.500897.
- Chen, B. Y.; Kern, D. E.; Hughes, M. T.; Thomas, P. A. (Hg.) (2016): Curriculum development for medical education. A six-step approach. Third edition. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=979875>.
- Chenot, J. F.; Ehrhardt, M. (2003): Objective structured clinical examination (OSCE) in der medizinischen Ausbildung: Eine Alternative zur Klausur. In: *Zeitschrift Allgemeine Medizin* (79), S. 437–442.

Cichon, I.; Schmenger, K. (Hg.) (2018): Gemeinsam besser werden für Patienten (Engl. Improving Patient Care through Teamwork). Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert-Bosch-Stiftung (Engl. Interprofessional teaching models supported by the Robert Bosch Stiftung). Robert Bosch Stiftung; Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung. Online verfügbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelles-lernen/im-detail>, zuletzt geprüft am 22.10.2020.

Ciejka, M.; Nguyen, K.; Bluth, M. H.; Dubey, E. (2016): Drug Toxicities of Common Analgesic Medications in the Emergency Department (4).

Cruess, R. L.; Cruess, S. R.; Steinert, Y. (2016): Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 91 (2), S. 180–185. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000913.

Daniels, V. J.; Pugh, D. (2018): Twelve tips for developing an OSCE that measures what you want. In: *Medical teacher* 40 (12), S. 1208–1213. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1390214.

Dany, S.; Szczyrba, B. (2008): Prüfungen auf die Agenda! Hochschuldidaktische Perspektiven auf Reformen im Prüfungswesen. 1. Aufl. Hg. v. Johannes Wildt. s.l.: Bertelsmann W. Verlag (Blickpunkt Hochschuldidaktik, v.118). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1640438>.

Dettmer, S.; Schneidewind, S.; Fischer, V.; Derlin, K.; Schneider, N.; Wacker, F.; Afshar, K. (2020): Training zur strukturierten Befundung von Radiographien des Thorax mit OSCE-Prüfung : Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie und Follow-up-Befragung. In: *Der Radiologe*. DOI: 10.1007/s00117-020-00684-4.

Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) (Hg.) (2014): Rahmenempfehlung der Fachgruppe Notfallpflege in der DGF. Ausgestaltung von Curricula einer "Fachweiterbildung Notfallpflege". Unter Mitarbeit von Valentin Alvarez, Günter Bröcker, Bernd von Contzen, Peter Frickhöffer, Procula Glien, Roland Göpfert, Thorsten Heuwer, Tobias Hoffmann, Jörg Hoymann, Jörg Krey, Mareike Lohbreier, Peter Niebuhr, Alexander Ramelow, Thomas Richter, Andrea Stewig-Nitschke, Stefan Wollschläger.

Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (2014): Empfehlung zur Fachweiterbildung Notfallpflege. Unter Mitarbeit von Katrin Wedler, Manuela Friesdorf und Margot Dietz-Wittstock. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. DGINA. Online verfügbar unter [http://www.dgina.de/media/download\\_gallery/DGINA-Empfehlung\\_Notfallpflege.pdf](http://www.dgina.de/media/download_gallery/DGINA-Empfehlung_Notfallpflege.pdf).

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) (2019): DGU Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Online verfügbar unter [https://www.dgu-online.de/fileadmin/published\\_content/5.Qualitaet\\_und\\_Sicherheit/PDF/2019\\_DGU\\_Weissbuch\\_Schwerverletztenversorgung\\_Vorabdruck.pdf](https://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/2019_DGU_Weissbuch_Schwerverletztenversorgung_Vorabdruck.pdf).

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2016): Erläuterungen. zur modularen „DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege“ vom 29.11.2016. Hg. v. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegerberufen/notfallpflege/>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2019a): Anlage III zur Weiterbildung Notfallpflege vom 18.06.2019. Modulübersicht Fachmodule. Hg. v. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegerberufen/notfallpflege/>, zuletzt geprüft am 21.03.2021.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2019b): DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung. in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vom 18.06.2019. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegerberufen/pflegerische-weiterbildung/>, zuletzt geprüft am 20.02.2021.

- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2019c): DKG-Empfehlung für die Weiterbildung Notfallpflege. Hg. v. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/notfallpflege/>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2018): Fachpflegequote in Funktionsdienst und Intensivpflege. Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Funktionsdienst. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Deutscher Bundestag (2007): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode (Drucksache 16/6339).
- Deutscher Bundestag (11.12.2018): Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz–PpSG. In: Bundesgesetzblatt online. Online verfügbar unter [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBL&jumpTo=bgbl118s2394.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl118s2394.pdf).
- Deutsches Ärzteblatt (2008): Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105 (41), A 2173 - A 2180.
- Deutsches Ärzteblatt (2019): Zustände in den Notaufnahmen sind "erbärmlich".
- Deutsches Ärzteblatt (2021): Krankenhausstrukturgesetz. Hg. v. Deutscher Ärzteverlag GmbH. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/khsg2015>, zuletzt geprüft am 23.03.2021.
- Die Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen. RettG NRW. Online verfügbar unter [http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal\\_nrw.cgi?xid=146899,3](http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?xid=146899,3), zuletzt geprüft am 25.03.2021.
- Dittmar, M. S.; Glaser, C.; Kanz, K. G.; Kaube, R.; Kraus, M.; Nickl, S. et al. (2020): Delegation heilkundlicher Maßnahmen an Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Bayern. In: *Notfall Rettungsmed*. DOI: 10.1007/s10049-020-00702-x.
- Dittrich, M.; Giersig, B.; Rothfuß, T.; Stadelmeyer, U.; Schuster, S. (2017): Notfallpflege – welche kern-/primärpflegerischen Aufgaben gibt es in der Notaufnahme? In: *Pflegewissenschaft* 19, S. 517–527. DOI: 10.3936/1537.
- Dormann, H.; Christ, M. (2019): Pflegegestützte Triage ist zuverlässig! In: *Notfall Rettungsmed* 22 (5), S. 377–378. DOI: 10.1007/s10049-019-0581-5.
- Dormann, P.; Wedler, K. (2018): Neuer G-BA-Beschluss regelt Notfallstrukturen in Krankenhäusern. In: *intensiv* 26 (06), S. 284–286. DOI: 10.1055/a-0671-2504.
- Dormann, P.; Wedler, K.; Machner, M.; Fuchs, A. (2017): Notfallpflege – was ist das eigentlich? In: *intensiv* 25 (06), S. 293–298. DOI: 10.1055/s-0043-119001.
- Downing, S. M.; Haladyna, T. M. (Hg.) (2006): Handbook of test development. Mahwah, NJ: Erlbaum. Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0709/2005030881-d.html>.
- Duanmu, Y.; Henwood, P. C.; Takhar, S. S.; Chan, W.; Rempell, J. S.; Liteplo, A. S. et al. (2019): Correlation of OSCE performance and point-of-care ultrasound scan numbers among a cohort of emergency medicine residents. In: *The ultrasound journal* 11 (1), S. 3. DOI: 10.1186/s13089-019-0118-7.
- Dutzmann, J.; Nuding, S. (2021): Umgang mit knappen Ressourcen in der Intensiv- und Notfallmedizin. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 116 (3), S. 190–197. DOI: 10.1007/s00063-021-00798-0.
- Eddy, K.; Jordan, Z.; Stephenson, M. (2016): Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. In: *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 14 (4), S. 96–137. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-1843.

- Eiff, W. von; Dodt, C.; Brachmann, M.; Niehues, C.; Fleischmann, T. (2016): Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. s.l.: W. Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter [http://www.content-select.com/index.php?id=bib\\_view&ean=9783170238695](http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170238695).
- Epp, A. (2018): Das ökosystemische Entwicklungsmodell als theoretisches Sensibilisierungs- und Betrachtungsraster für empirische Phänomene [48 Absätze]. Hg. v. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. FQS Forum: Qualitative Sozialforschung (1). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.1.2725>, zuletzt geprüft am 03.02.2021.
- Erlenwein, J.; Meißner, W.; Petzke, F.; Pogatzki-Zahn, E.; Stamer, U.; Koppert, W. (2019): Personelle und organisatorische Voraussetzungen für Schmerzdienste in Krankenhäusern : Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. In: *Der Anaesthetist* 68 (5), S. 317–324. DOI: 10.1007/s00101-019-0589-8.
- EuSEN board (2017): Position Statement of EUSEN. Minimum standards for nurses working in Emergency Departments. Hg. v. European Society for emergency Nursing.
- Ewers, M. (2019): Kompetenzprofile professioneller Pflege – internationale Perspektiven. Qualifikationsstufenmodell des International Council of Nurses (modifiziert nach ICN – International Council of Nurses (2008): Nursing Care Continuum Framework and Competencies. Genf: ICN. Going International Information Services - health information services, 07.08.2019. Online verfügbar unter <https://www.goinginternational.eu/wp/de/kompetenzprofile-professioneller-pflege-internationale-perspektiven/>, zuletzt geprüft am 12.12.2020.
- Fabry, Götz Bernhard (2008): *Medizindidaktik. Ein Handbuch für die Praxis*. 1. Aufl. Bern: Huber (Bern).
- Fandler, M.; Gotthardt, P.; Becker, T. K. (2018): Moderne medizinische Fortbildung für Notfallmediziner. In: *Notfall Rettungsmed* 21 (6), S. 505–512. DOI: 10.1007/s10049-017-0351-1.
- Flowerdew, L.; Brown, R.; Russ, S.; Vincent, C.; Woloshynowych, M. (2012): Teams under pressure in the emergency department: an interview study. In: *Emergency medicine journal : EMJ* 29 (12), e2. DOI: 10.1136/emered-2011-200084.
- Friesacher, H. (2015): Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. In: *intensiv* 23 (04), S. 200–214. DOI: 10.1055/s-0035-1556893.
- Gagne, R. M.; Wager, W. W.; Golas, K. C.; Keller, J. M.; Russell, J. D. (2005): Principles of instructional design, 5th edition. In: *Nonprofit Management Leadership* 44 (2), S. 44–46. DOI: 10.1002/pfi.4140440211.
- Gaur, L.; Skochelak, S. (2004): Evaluating competence in medical students. In: *JAMA* 291 (17), S. 2143. DOI: 10.1001/jama.291.17.2143.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Tragende Gründe. zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Vorgaben zur Qualitätssicherung. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/>, zuletzt geprüft am 23.03.2021.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelungen. des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/sys/suche/?suchbegriff=zentrale+Notaufnahme>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- German Association for Medical Education GMA, Advisory Board (2019): Position of the advisory and executive board of the German Association for Medical Education (GMA) regarding the "masterplan for medical studies 2020". In: *GMS J Med Educ* 36 (4), Doc46. DOI: 10.3205/zma001254.

- Gerst, T. (2015): Delegation und Substitution: Wer wann wo behandeln darf. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112 (10), S. 402–403. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/168564/Delegation-und-Substitution-Wer-wann-wo-behandeln-darf>, zuletzt geprüft am 20.04.2021.
- GKV Spitzenverband (2020): Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe (§ 136c Absatz 4 SGB V). Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/Begleitinformationen\\_Prognose\\_Notfallstufen\\_Stand\\_24-11-2020.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/Begleitinformationen_Prognose_Notfallstufen_Stand_24-11-2020.pdf), zuletzt geprüft am 12.12.2020.
- Glien, P. (2013): Strukturierte Teamarbeit. In: *intensiv* 21 (03), S. 138–141. DOI: 10.1055/s-0033-1344014.
- Graf von Stillfried, D.; Czihal, T.; Meer, A. (2019): Sachstandsbericht: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED). In: *Notfall & Rettungsmedizin* 22 (7), S. 578–588. DOI: 10.1007/s10049-019-0627-8.
- Gräff, I.; Ehlers, P.; Seidel, M.; Schacher, S.; Fimmers, R.; Jerusalem, K.; Pin, M. (2020): Der Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme. In: *Notfall Rettungsmed.* DOI: 10.1007/s10049-020-00750-3.
- Gries, A.; Bernhard, M.; Helm, M.; Brokmann, J.; Gräsner, J-T (2017): Zukunft der Notfallmedizin in Deutschland 2.0. In: *Der Anaesthesist* 66 (5), S. 307–317. DOI: 10.1007/s00101-017-0308-2.
- Gries, A.; Michel, A.; Bernhard, M.; Martin, J. (2011): Personalplanung in der zentralen Notaufnahme. Optimierte Patientenversorgung rund um die Uhr. In: *Der Anaesthesist* 60 (1), S. 71–78. DOI: 10.1007/s00101-010-1830-7.
- Gries, A.; Seekamp, A.; Welte, T.; Wygold, T.; Meixensberger, J.; Deuschl, G. et al. (2010): Notfallbehandlung: Zentral und interdisziplinär. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (7), S. 268–269. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/67778/Notfallbehandlung-Zentral-und-interdisziplinaer>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- Gries, A.; Seekamp, A.; Wrede, C.; Dodt, C. (2018): Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin in Deutschland : Ein Konzept vor der bundesweiten Einführung! In: *Der Anaesthesist* 67 (12), S. 895–900. DOI: 10.1007/s00101-018-0515-5.
- Gries, A.; Seekamp, A.; Christ, M.; Dodt, C. (Hg.) (2020): Klinische Akut- und Notfallmedizin. Mit den Inhalten der Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin aus der Musterweiterbildungsordnung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Gunnerson, K. J.; Bassin, B. S.; Havey, R. A.; Haas, N. L.; Sozener, C. B.; Medlin, R. P. et al. (2019): Association of an Emergency Department-Based Intensive Care Unit With Survival and Inpatient Intensive Care Unit Admissions. In: *JAMA network open* 2 (7), e197584. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.7584.
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T (2015): Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Hg. v. Management Consult Kestermann GmbH (MCK) und Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA).
- Hahn, D. (2013): Practice Standards for the Emergency Nurse Specialist. Third Edition. Hg. v. College of Emergency Nursing Australasia Ltd (CENA). College of Emergency Nursing Australasia Ltd (CENA).
- Hall, E. J.; Simpson, A.; Imrie, H.; Ruedisueli, N. (2019): Time-constrained scenario-based practical examinations (TSPEs): an alternative to OSCEs? In: *Veterinary Nursing Journal* 34 (6), S. 154–158. DOI: 10.1080/17415349.2019.1604194.
- Harden, R. M. (1988): What is an OSCE? In: *Medical teacher* 10 (1), S. 19–22. DOI: 10.3109/01421598809019321.
- Harden, R. M. (2016): Revisiting 'Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE)'. In: *Medical education* 50 (4), S. 376–379. DOI: 10.1111/medu.12801.

- Harden, R.; Stevenson, M.; Wilson Downie, W.; Wilson G. M. (1975): Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination. In: *British Medical Journal* 1, S. 447–451.
- Harding, A. D.; Walker-Cillo, G. E.; Duke, A.; Campos, G. J.; Stapleton, S. J. (2013): A framework for creating and evaluating competencies for emergency nurses. In: *Journal of emergency nursing* 39 (3), S. 252–264. DOI: 10.1016/j.jen.2012.05.006.
- Haslberger, J. (2010): Persönliche Zukunftsplanung im Übergang von der Schule ins Berufsleben. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien. Online verfügbar unter <https://core.ac.uk/download/pdf/11590394.pdf>, zuletzt geprüft am 03.02.2021.
- Hastie, M. J.; Spellman, J. L.; Pagano, P. P.; Hastie, J.; Egan, B. J. (2014): Designing and implementing the objective structured clinical examination in anesthesiology. In: *Anesthesiology* 120 (1), S. 196–203. DOI: 10.1097/ALN.000000000000068.
- Heimlich, A. (1997): Die ökologische Perspektive in der Entwicklungs- und Sozialisationsforschung nach Urie Bronfenbrenner. Studienzentrum an der FU Berlin. Berlin, 23.07.1997. Online verfügbar unter <https://userpages.uni-koblenz.de/~proedler/autsem/bb.pdf>, zuletzt geprüft am 03.02.2021.
- Herlth, A.; Engelbert, A.; Mansel, J.; Palentien, C. (Hg.) (2000): Spannungsfeld Familienkindheit. Neue Anforderungen, Risiken und Chancen. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Reihe Kindheitsforschung, 14).
- Heymann, W. von (2017): Miller-Pyramide aktualisiert. In: *Manuelle Medizin* 55 (6), S. 339–344. DOI: 10.1007/s00337-017-0331-z.
- Hohenstein, C.; Fleischmann, T.; Hempel, D. (2011): Kritische Ereignisse in der Notfallmedizin. In: *Notf.med. up2date* 6 (02), S. 89–105. DOI: 10.1055/s-0030-1271041.
- Holtz, K.-L. (2008): Einführung in die systemische Pädagogik. 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Verl. (Carl-Auer compact). Online verfügbar unter [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2956788&prov=M&dok\\_var=1&dok\\_ext=htm](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2956788&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm).
- Hossfeld, B.; Helm, M.; Kumle, B. (2019): Herausforderungen und Chancen für die klinische Notfallversorgung. In: *Der Anaesthetist* 68 (5), S. 259–260. DOI: 10.1007/s00101-019-0583-1.
- Howley, L. D. (2004): Performance assessment in medical education: where we've been and where we're going. In: *Evaluation & the health professions* 27 (3), S. 285–303. DOI: 10.1177/0163278704267044.
- Huber, T.; Schuh, C.; Rupprecht, H.; Sellmann, T.; Worth, H.; Dormann, H. (2020): Status quo der nichtinvasiven Beatmung (NIV) in deutschen Notaufnahmen. In: *Notfall Rettungsmed* 23 (2), S. 113–121. DOI: 10.1007/s10049-019-0595-z.
- Hundenborn, G. (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Igl, G. (2015): Berufrechtliche Begleitforschung. Zur Auswertung der im Land Nordrhein-Westfalen gemäß der Verordnung über die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Berufe in der Alten- und Krankenpflege, für Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten vom 25. Februar 2010 (GV. NRW 2010, 177) durchgeführten Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 und 7 des Altenpflegegesetzes, § 4 Absatz 6 und 7 des Krankenpflegegesetzes, § 4 Abs. 5 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 5 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes. Rechtliche Entwicklungsperspektiven aufgrund der Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellvorhaben (Rechtliche Anforderungen und rechtliche Möglichkeiten). Hamburg.
- Jenßen, L. (2015): Qualitätssicherung in der Kompetenzforschung. Empfehlungen für den Nachweis von Validität in Testentwicklung und Veröffentlichungspraxis. Weinheim u.a: Beltz Juventa.
- Johnson, G.; Reynard, K. (1994): Assessment of an objective structured clinical examination (OSCE) for undergraduate students in accident and emergency medicine. In: *Journal of accident & emergency medicine* 11 (4), S. 223–226. DOI: 10.1136/emj.11.4.223.

- Jünger, J. (Hg.) (2012): OSCE Notfallmedizin. Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin Baden-Württemberg. Stuttgart: Thieme (OSCE Prüfungsvorbereitung).
- Jünger, J. (2018): Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (2), S. 171–177. DOI: 10.1007/s00103-017-2668-9.
- Kane, M. T. (1992): An argument-based approach to validity. In: *Psychological Bulletin* 112 (3), S. 527–535. DOI: 10.1037/0033-2909.112.3.527.
- Keshmiri, F.; Najarkolai, A. R.; Motlagh, M. K.; Saljoughi, N. (2016): Inter-Professional Team Objective Structured Clinical Examination (ITOSCE): Teaching and Assessment Strategies of the Inter Professional Approach. In: *Bali Med J.* 5 (3), S. 111. DOI: 10.15562/bmj.v5i3.304.
- Kessler, F.; Reutlinger, C. (2008): Schlüsselwerke der Sozialraumforschung. Traditionslinien in Text und Kontexten. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Sozialraumforschung und Sozialraumarbeit, 1). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-531-15152-6>.
- Khan, A. S.; Qureshi, R.; Acemoğlu, H.; Shabi-ul-Hassan, S. (2012): Comparison of Assessment Scores of Candidates for Communication Skills in an OSCE, by Examiners, Candidates and Simulated Patients. In: *CE* 03 (06), S. 931–936. DOI: 10.4236/ce.2012.326141.
- Khan, K. Z.; Ramachandran, S.; Gaunt, K.; Pushkar, P. (2013): The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. In: *Medical teacher* 35 (9), e1437-46. DOI: 10.3109/0142159X.2013.818634.
- Kirsch, M.; Zahn, P.; Happel, D.; Gries, A. (2014): Interdisziplinäre Notaufnahme - Schlüssel zum Erfolg? In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 109 (6), S. 422–428. DOI: 10.1007/s00063-013-0297-0.
- Klinger, U.; Dormann, H. (2019): Erstsichtung in der Notaufnahme – Status quo und Zukunftsperspektiven. In: *Notfall Rettungsmedizin* 22 (7), S. 589–597. DOI: 10.1007/s10049-019-0572-6.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2010): Die Kategorien in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention - Aktualisierung der Definitionen. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (7), S. 754–756. DOI: 10.1007/s00103-010-1106-z.
- Köster, C.; Wrede, S.; Herrmann, T.; Meyer, S.; Willms, G.; Broge, B.; Szecsenyi, J. (2016): Ambulante Notfallversorgung – Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen, zuletzt geprüft am 22.12.2017.
- Kovacs, G.; Croskerry, P. (1999): Clinical decision making: an emergency medicine perspective. In: *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 6 (9), S. 947–952. DOI: 10.1111/j.1553-2712.1999.tb01246.x.
- Kreisverband Bochum e.V. (Hg.): Anlage 2 Einverständniserklärung prakt. Prüf. Einverständniserklärung der Bewohnerin oder des Bewohners. Deutsches Rotes Kreuz - Fachseminar für Altenpflege/ Nr.: 7.
- Kubek, B. V. (Hg.) (2012): Humanität beruflicher Teilhabe im Zeichen der Inklusion. Kriterien für die Qualität der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen. Zugl.: Kaiserslautern, Techn. Univ., Diss., 2012. [Neue Ausg.]. Wiesbaden: Springer VS (Research).
- Kue, R.; Brown, P.; Ness, C.; Scheulen, J. (2011): Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. In: *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 20 (2), 153-61; quiz 162. DOI: 10.4037/ajcc2011478.
- Kuhlmei, A. (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Kultusministerkonferenz (2017): Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse. Unter Mitarbeit von Hochschulrektorenkonferenz (HRK), Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Kumle, B. (2018): OBSERvE-Studie. In: *Notfall Rettungsmed* 21 (4), S. 314–316. DOI: 10.1007/s10049-018-0437-4.

Kumle, B.; Merz, S.; Mittmann, A.; Pin, M.; Brokmann, J. C.; Gröning, I. et al. (2019): Nichttraumatologisches Schockraummanagement. In: *Notfall Rettungsmed* 22 (5), S. 402–414. DOI: 10.1007/s10049-019-0613-1.

Kumle, B.; Wilke, P.; Koppert, W.; Kumle, K.; Gries, A. (2013): Schmerztherapie in der Notfallmedizin. Fokus Notaufnahmepatienten. In: *Der Anaesthetist* 62 (11), 902-8, 910-3. DOI: 10.1007/s00101-013-2247-x.

Kunnan, A. J. (2013): Fairness and Justice in Language Assessment: Principles and Public Reasoning. Hg. v. National Institute of Education. Singapur. Online verfügbar unter [https://www.nus.edu.sg/celc/research/books/4th%20Symposium%20proceedings/6\).%20John%20Kunnan.pdf](https://www.nus.edu.sg/celc/research/books/4th%20Symposium%20proceedings/6).%20John%20Kunnan.pdf), zuletzt geprüft am 16.03.2021.

Lassen, B.; Palm, R.; Schüßler, N. (2010): Baustelle Akutpflege: Überlegungen zum Fundament. In: *Die Schwester Der Pfleger* 49 (01), S. 49–51.

Lechleuthner, A. (2014): Der Pyramidenprozess – die fachliche Abstimmung der invasiven Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung des Notfallsanitättergesetzes. In: *Notarzt* 30 (03), S. 112–117. DOI: 10.1055/s-0034-1370093.

Liedy, B. (2019): Facharztstandard im Bereitschaftsdienst in Kliniken der Regel- und Maximalversorgung. In: *MKG-Chirurg* 12 (3), S. 143–150. DOI: 10.1007/s12285-019-00208-7.

Machner, M.; Walk, R.; Möckel, M.; Buchmann, M.; Schuster, S. (2020): Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur gestuften Notfallversorgung und seine Auswirkung auf die Weiterbildung Notfallpflege : Eine deutschlandweite Querschnittserhebung. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*. DOI: 10.1007/s00063-019-00645-3.

Mancuso, G.; Strachan, S.; Capey, S. (2019): Sequential testing in high stakes OSCE: a stratified cross-validation approach. In: *MedEdPublish* 8 (2). DOI: 10.15694/mep.2019.000132.1.

Mann, V.; Mann, S. T. W.; Müller, M.; Edeler, B.; Sander, M.; Brenck, F. (2020): Standardisierte Handlungsanweisungen für (invasive) heilkundliche Maßnahmen durch Notfallsanitäter. In: *Notfall Rettungsmed* 23 (1), S. 16–22. DOI: 10.1007/s10049-018-0556-y.

Marwaha, S. (2011): Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs), psychiatry and the Clinical assessment of Skills and Competencies (CASC) same evidence, different judgement. In: *BMC psychiatry* 11, S. 85. DOI: 10.1186/1471-244X-11-85.

Meier, F.; Bauer, K.; Schöffski, O.; Schöpke, T.; Dormann, H. (2016): Zur Ökonomie ambulanter Notaufnahmepatienten. In: *Notfall Rettungsmed* 19 (1), S. 33–40. DOI: 10.1007/s10049-015-0054-4.

Messick, S. (1989): Validity. Hg. v. R. L. Linn. The American Council on Education/Macmillan series on higher education.

Metzinger, B. (2016): Notfallstrukturen in Krankenhäusern: Lösungen für ein gestuftes System. In: *Das Krankenhaus* (8), S. 657–661, zuletzt geprüft am 13.06.2017.

Meyer, O.; Rall, M.; Baschnegger, H.; Lazarovici, M.; Urban, B. (2016): Grundlagen für ein fundiertes Simulationskonzept. In: *Der Anaesthetist* 65 (12), S. 943–950. DOI: 10.1007/s00101-016-0238-4.

Mikula, R. (2002): Das komplexe Netzwerk pädagogischer Welten-Bildung. Integration von Konstruktivismus und Systemtheorien in die modernen Erziehungswissenschaften und in die Theorien der Schule. Innsbruck: Studien Verlag.

Miller, G. E. (1990): The assessment of clinical skills/competence/performance. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 65 (9 Suppl), S63-7. DOI: 10.1097/00001888-199009000-00045.

- Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, Referat 14 (2021): SGV § 10 Abschlussprüfung | RECHT.NRW.DE. Online verfügbar unter [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_detail?sg=0&menu=0&bes\\_id=13404&anw\\_nr=2&aufgehoben=N&det\\_id=460017](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=13404&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=460017), zuletzt aktualisiert am 17.05.2021, zuletzt geprüft am 17.05.2021.
- Mirus, M.; Heller, A. R. (2017): Diagnostik in der Notfallmedizin: Warum die Anamnese entscheidend ist. In: *Der Anaesthetist* 66 (4), S. 256–264. DOI: 10.1007/s00101-017-0280-x.
- Mitchell, D. (2019): Core Competencies. For the Emergency Nurse. Hg. v. ENAO. Emergency Nurses Association of Ontario. Ontario.
- Mitrović, A. (2006): Workflowanalyse einer zentralen Notaufnahme (ZNA). Diplomarbeit. Fachhochschule Frankfurt a.M., Frankfurt a. M. Fachbereich 4 - Soziale Arbeit und Gesundheit.
- Möltner, A.; Schellberg, D.; Jünger, J. (2006): Grundlegende quantitative Analysen medizinischer Prüfungen. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 3 (23), Doc53. Online verfügbar unter <http://www.egms.de/en/journals/zma/2006-23/zma000272.shtml>, zuletzt geprüft am 01.04.2021.
- Muster-Wäbs, H.; Schneider, K. (2001): Umsetzung des Lernfeldkonzeptes am Beispiel der handlungstheoretischen Aneignungsdidaktik. Fachbeitrag. Hg. v. Bundesinstitut für berufliche Bildung (BIBB). Online verfügbar unter <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/566>, zuletzt geprüft am 12.01.2021.
- National Emergency Nurses Association (2018): Scope and Standards of Canadian Practice. Hg. v. National Emergency Nurses Association. NENA. Kanada.
- NBME (2019): Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) II: Developing Rating Scales and Checklists for OSCEs. Hg. v. National Board of Medical Examiners (NBME). Philadelphia. Online verfügbar unter [https://www.nbme.org/sites/default/files/2020-01/OSCE\\_II\\_Developing\\_Rating\\_Scales\\_and\\_Checklists.pdf](https://www.nbme.org/sites/default/files/2020-01/OSCE_II_Developing_Rating_Scales_and_Checklists.pdf), zuletzt geprüft am 11.04.2021.
- Newble, D. (2004): Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. In: *Medical education* 38 (2), S. 199–203. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2004.01755.x.
- Newble, D. I.; Swanson, D. B. (1988): Psychometric characteristics of the objective structured clinical examination. In: *Medical education* 22 (4), S. 325–334. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1988.tb00761.x.
- Niehues, C. (2012): Notfallversorgung in Deutschland. Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, zuletzt geprüft am 20.12.2017.
- Nikendei, C.; Jünger, J. (2006): OSCE - praktische Tipps zur Implementierung einer klinisch-praktischen Prüfung.
- Norman, G. R.; van der Vleuten, C. P.; Graaff, E. de (1991): Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of validity, efficiency and acceptability. In: *Medical education* 25 (2), S. 119–126. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1991.tb00037.x.
- Oerter, R. (1978): Entwicklung als lebenslanger Prozeß. Rolf Oerter <Hrsg.> ; Aspekte u. Perspektiven. Hamburg: Hoffmann & Campe ((Kritische Wissenschaft)).
- Olasoji, H. O. (2013): A critical analysis of the appropriateness of objective structured clinical examination as a method of assessment in a resource-limited environment. Hg. v. University of Maiduguri. Faculty of Dentistry College of Medical Sciences. Maiduguri, Borno State Nigeria. Online verfügbar unter [www.mededworld.org](http://www.mededworld.org).
- Onwudiegwu, U. (2018): OSCE: Design, Development and Deployment. In: *Journal of the West African College of Surgeons* 8 (1), S. 1–22. Online verfügbar unter [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30899701/?from\\_term=OSCE&from\\_pos=3](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30899701/?from_term=OSCE&from_pos=3), zuletzt geprüft am 14.06.2020.

- Osterbrink J.; Dieplinger A.; Nestler N. (2017): Pflegerische Tätigkeitsfelder aus internationaler Perspektive. Eine Analyse zur Erhebung der Tätigkeitsfelder der Pflege in ausgewählten Ländern (USA, UK, Skandinavien). Veröffentlichung. Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Salzburg. Institut für Pflegewissenschaft und –praxis.
- Parzeller, M.; Wenk, M.; Zedler, B.; Rothschild, M. (2007): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (9), S. 576–586.
- Patel, S. R.; Margolies, P. J.; Covell, N. H.; Lipscomb, C.; Dixon, L. B. (2018): Using Instructional Design, Analyze, Design, Develop, Implement, and Evaluate, to Develop e-Learning Modules to Disseminate Supported Employment for Community Behavioral Health Treatment Programs in New York State. In: *Frontiers in public health* 6, S. 113. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00113.
- Pell, G.; Fuller, R.; Homer, M.; Roberts, T. (2010): How to measure the quality of the OSCE: A review of metrics - AMEE guide no. 49. In: *Medical teacher* 32 (10), S. 802–811. DOI: 10.3109/0142159X.2010.507716.
- Peters, T.; Sommer, M.; Fritz, A. H.; Kursch, A.; Thrien, C. (2019): Minimum standards and development perspectives for the use of simulated patients - a position paper of the committee for simulated patients of the German Association for Medical Education. In: *GMS journal for medical education* 36 (3), Doc31. DOI: 10.3205/zma001239.
- Rall, M. (2010): Notfallsimulation für die Praxis. In: *Notf.med. up2date* 5 (04), S. 277–298. DOI: 10.1055/s-0030-1250654.
- Rau, T.; Fegert, J.; Liebhardt, H. (2011): How high are the personnel costs for OSCE? A financial report on management aspects (1). Online verfügbar unter <http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000725.shtml>, zuletzt geprüft am 02.02.2021.
- Reifferscheid, F. (2013): Der arztbegleitete Interhospitaltransport. In: *Notf.med. up2date* 8 (02), S. 109–122. DOI: 10.1055/s-0032-1325029.
- Reznick, R. K.; Regehr, G.; Yee, G.; Rothman, A.; Blackmore, D.; Dauphinée, D. (1998): Processing forms versus task-specific checklists in an OSCE for medical licensure. Medical Council of Canada. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 73 (10 Suppl), 97-99. DOI: 10.1097/00001888-199810000-00058.
- Ricken, O. (2012): Notfallbehandlung im Krankenhaus. Entscheidung des Monats 10/2012, 18.07.2012.
- Riessen, R.; Markewitz, A. Grigoleit, M.; Karagiannidis, C.; Waydhas, C.; van den Hooven, T.; Hermes, C. et al. (2020): Diskussionspapier für eine Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland aus der Perspektive der Intensivmedizin. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 115 (1), S. 59–66. DOI: 10.1007/s00063-019-00629-3.
- Riessen, R.; Seekamp, A.; Gries, A.; Dodt, C.; Kumle, B.; Busch, H.-J. (2014a): Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland. Hg. v. DGINA, DGIIN und DIVI, zuletzt geprüft am 13.02.2017.
- Robert Koch-Institut (2011): Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (9), S. 1135–1144. DOI: 10.1007/s00103-011-1352-8.
- Rochlen, L. R.; Tarnal, V.; Vance, J. L.; Alderink, E.; Bernstein, W. K. (2019): Modules for the Technical Skills Section of the OSCE Component of the American Board of Anesthesiology APPLIED Examination. In: *MedEdPORTAL : the journal of teaching and learning resources* 15, S. 10820. DOI: 10.15766/mep\_2374-8265.10820.
- Röhrig, R.; Walcher, F. (2014): Medizinische Dokumentation – Antike und Moderne. In: *Notfall Rettungsmed* 17 (8), S. 650–651. DOI: 10.1007/s10049-014-1857-4.
- Rothman, A. I.; Blackmore, D.; Dauphinee, W. D.; Reznick, R. (1996): The use of global ratings in OSCE station scores. In: *Advances in health sciences education : theory and practice* 1 (3), S. 215–219. DOI: 10.1007/BF00162918.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Online verfügbar unter [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf), zuletzt geprüft am 04.06.2020.
- Schalk, R.; Mai, T.; Ochmann, T. (2020): Periphere Venenverweilkanülen : Ein facettenreiches Thema. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 115 (7), S. 550–556. DOI: 10.1007/s00063-020-00732-w.
- Schaller, T.; Stöcker, G.; Stolz, K.-H.; Zink, C. (2020): Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB). Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. Hg. v. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. Berlin. Online verfügbar unter <http://bildungsrat-pflege.de/downloads/>, zuletzt geprüft am 21.06.2020.
- Schaper, N. (2012): Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre. In: *HRK Hochschulrektorenkonferenz*.
- Schaper, N.; Hilkenmeier, F. (2013): Umsetzungshilfen für kompetenzorientiertes Prüfen. Konzepte für gute Praxis für Studium und Lehre. Projekt Nexus. In: *HRK Hochschulrektorenkonferenz*.
- Schewior-Popp, S. (2014): Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext ; 5 Tabellen. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Schlegel, C. (2018): OSCE - Kompetenzorientiert Prüfen in der Pflegeausbildung. Einführung und Umsetzung Von OSCE-Stationen. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5223891>.
- Schoeppner, K. (2017): Professional Nurse in an Emergency Department Setting in The United States of America USA. Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA). Stuttgart, 12.10.2017.
- Schwerdtfeger, K. (2010): Entwicklung, Reliabilität und Objektivität einer „Objective Structured Clinical Examination“ in der Notfallmedizin. Inaugural Dissertation. Georg-August-Universität zu Göttingen, Göttingen. Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin.
- Schwermann, M. (2019): Leitlinie. Simulation als Lehr-Lernmethode. Unter Mitarbeit von M. Schwermann, C. Loewenhardt, T. Baier, E. Peters, A. Roterring, G. Schindler et al. Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege (SimNAT Pflege).
- Sefrin, P.; Muhler, M. (2014): Kurs Invasive Notfalltechniken. In: *Notarzt* 30 (06), S. 253–257. DOI: 10.1055/s-0034-1387203.
- Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (2016): Bestimmungen für die Durchführung der Abschlussprüfungen in den staatlich anerkannten Fachweiterbildungen in der Krankenpflege im Lande Bremen.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2016): Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachkräfte in der Notfallpflege. GesSoz I D 1/I C.
- Shipton, E. A. (2011): The transition from acute to chronic post surgical pain. In: *Anaesthesia and intensive care* 39 (5), S. 824–836. DOI: 10.1177/0310057X1103900506.
- Sloan, D. A.; Donnelly, M. B.; Schwartz, R. W.; Strodel, W. E. (1995): The Objective Structured Clinical Examination. The new gold standard for evaluating postgraduate clinical performance. In: *Annals of surgery* 222 (6), S. 735–742. DOI: 10.1097/00000658-199512000-00007.
- Solà-Pola, M.; Morin-Fraile, V.; Fabrellas-Padrés, N.; Raurell-Torreda, M.; Guanter-Peris, L.; Guix-Comellas, E.; Pulpón-Segura, A. M. (2020): The usefulness and acceptance of the OSCE in nursing schools. Online verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32058920/>, zuletzt geprüft am 14.06.2020.
- Sommer, M.; Fritz, A. H.; Thrien, C.; Kursch, A.; Peters, T. (2019): Simulated patients in medical education - a survey on the current status in Germany, Austria and Switzerland (3).

- St. Pierre, M.; Breuer, G. (Hg.) (2018): Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. Axel-Springer-Verlag. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- St. Pierre, M.; Hofinger, G. (2020): Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer.
- Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen (2015): Mitteilungen - Jugend, Soziales, Gesundheit. Studie zur ambulanten Notfallversorgung. Hg. v. Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen. Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter <http://www.kommunen-in-nrw.de/mitgliederbereich/mitteilungen/detailansicht/dokument/studie-zur-ambulanten-notfallversorgung.html?cHash=bdaf8b4fd3776bf88126e0ab1e1d427c>, zuletzt aktualisiert am 01.03.2021.
- Stewig-Nitschke, Andrea; Krey, Jörg (2014): Pflegerische Versorgung in der Notaufnahme. Status Quo und Entwicklung. DGINA. Köln, 2014, zuletzt geprüft am 20.12.2017.
- Suwelack, W. (2010): Lehren und Lernen im kompetenzorientierten Unterricht. In: *MNU* 63 (3), S. 176–182.
- The Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) (Hg.) (2015): Quality Standards for Emergency Departments and other Hospital-Based Emergency Care Services. 1st Edition. College of Emergency Nursing Australasia Ltd (CENA). Online verfügbar unter [www.acem.org.au](http://www.acem.org.au).
- Turner, J. L.; Dankoski, M. E. (2008): Objective Structured Clinical Exams: A Critical Review. In: *Fam Med* 40 (8), S. 574–578. Online verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18988044/>, zuletzt geprüft am 14.06.2020.
- Ulsenheimer, K. (1997): Die rechtliche Verpflichtung zur postoperativen Schmerztherapie. In: *Der Anaesthetist* 46 (3), S. 138–142.
- Universitätsklinikum Frankfurt (2010): Patientendokumentationsbogen "SOAP". Hg. v. Arbeitsbereich Lehre. Johann Wolfgang Goethe - Universität. Frankfurt a. M. Online verfügbar unter [www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/lehre/blockp\\_soapC.pdf](http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/lehre/blockp_soapC.pdf).
- Vetter, B.; Gasch, B.; Padosch, S. A. (2015): Medizinisches Handeln in komplexen Notfallsituationen. Kompetent und erfolgreich entscheiden, kommunizieren und führen. In: *Der Anaesthetist* 64 (4), S. 298–303. DOI: 10.1007/s00101-015-2423-2.
- Vu, N. V.; Barrows, H. S. (1994): Use of Standardized Patients in Clinical Assessments: Recent Developments and Measurement Findings. In: *Educational Researcher* 23 (3), S. 23–30. DOI: 10.3102/0013189X023003023.
- Waeschle, R. M.; Bauer, M.; Schmidt, C. E. (2015): Fehler in der Medizin. Ursachen, Auswirkungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. In: *Der Anaesthetist* 64 (9), S. 689–704. DOI: 10.1007/s00101-015-0052-4.
- Warren, J.; Fromm, R. E.; Orr, R. A.; Rotello, L. C.; Horst, H. M. (2004): Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. In: *Critical care medicine* 32 (1), S. 256–262. DOI: 10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A.
- Wass, V.; Vand er Vleuten, C.; Shatzer, J.; Jones, R. (2001): Assessment of clinical competence. In: *The Lancet* (357), S. 945–949.
- Wedler, K.; Dormann, P.; Machner, M. (Hg.) (2019): Notfallpflege. Curricula der Fachweiterbildung: MMV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG (18).
- Wedler, K.; Machner, M.; Mersmann, J.; Schuster, S.; Pozniak, A.; Jahn, P.; Walcher, F. (2016): Entwicklungen und Perspektiven der Notfallpflege in Deutschland. In: *Notfall Rettungsmed* 19 (7), S. 540–547. DOI: 10.1007/s10049-016-0212-3.
- Wedler, K.; Mersmann, J.; Schuster, S.; Stadelmeyer, U.; Stork, G.; Schwarz, C. et al. (2018): Positionspapier zur Stärkung und Weiterentwicklung der Notfallpflege in deutschen Notaufnahmen. In: *Notfall Rettungsmed* 21 (4), S. 308–313. DOI: 10.1007/s10049-017-0333-3.
- Weideman, A. (2013): Validation and validity beyond Messick. In: *Per Ling*. 28 (2). DOI: 10.5785/28-2-526.

- Weier, F. O.; Dirks, B.; Georgieff, M. (2004): Objective Structured Clinical Examination (OSCE). In: *Notfall & Rettungsmedizin* 7 (4). DOI: 10.1007/s10049-004-0659-5.
- Weigl, M.; Händl, T.; Wehler, M.; Schneider, A. (2021): Beobachtungsstudie ärztlicher und pflegerischer Aktivitäten in der Notaufnahme. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 116 (3), S. 229–237. DOI: 10.1007/s00063-020-00657-4.
- Weimer, T. (2014): Skillmix im Krankenhaus. In: *intensiv* 22 (03), S. 143–144. DOI: 10.1055/s-0034-1375288.
- West E.; Barron D.N.; Harrison D.; Rafferty A.M.; Rowan K.; Sanderson C. (2014): Nurse staffing, medical staffing and mortality in Intensive Care: An observational study. In: *Int J Nurs Stud* 51, S. 781–794.
- Wijnen-Meijer, M.; Gartmeier, M.; Berberat, P. O. (2020): Übersicht über die Forschung im Bereich der medizinischen Ausbildung. In: *HNO* 68 (4), S. 231–237. DOI: 10.1007/s00106-019-00790-3.
- Wilkinson, T. (2018): How not to put the O into an OSCE. In: *Perspectives on medical education* 7 (Suppl 1), S. 28–29. DOI: 10.1007/s40037-018-0424-y.
- Wilkinson, T. J.; Frampton, C. M.; Thompson-Fawcett, M.; Egan, T. (2003): Objectivity in objective structured clinical examinations: checklists are no substitute for examiner commitment. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 78 (2), S. 219–223. DOI: 10.1097/00001888-200302000-00021.
- Wissing, C.; Kerres, A.; Lüftl, K. (2017): Das Prüfungsformat OSCE im Pflegepädagogikstudium erlernen. In: *Pflege* 70 (5), S. 36–39. DOI: 10.1007/s41906-017-0058-4.
- Yousuf, N.; Violato, C.; Zuberi, R. W. (2015): Standard Setting Methods for Pass/Fail Decisions on High-Stakes Objective Structured Clinical Examinations: A Validity Study. In: *Teaching and learning in medicine* 27 (3), S. 280–291. DOI: 10.1080/10401334.2015.1044749.
- Ziegler, M.; Rall, M.; Braun, M.; Hirsch, G.; Bonberg, K. U.; Friedrich, T. (2015): Mindestanforderungen Teamtraining. Version 1.0. Unter Mitarbeit von Arbeitsgruppe "Qualitätskriterien und Zertifizierung". Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Simulation in der Medizin e. V. (DGSim e.V.).
- Zimmermann, M.; Brokmann, J. C.; Gräff, I.; Kumle, B.; Wilke, P.; Gries, A. (2016): Zentrale Notaufnahme--Update 2016. In: *Der Anaesthetist* 65 (4), S. 243–249. DOI: 10.1007/s00101-016-0142-y.

## Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: „Die Modifikation eines 'OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION' zur Abbildung der pflegebezogenen Prozesse in Notaufnahmeabteilungen (mOSCE-NA): Entwicklung und Konzeption einer simulativen, klinisch - praktischen Abschlussprüfung im Rahmen der beruflichen Weiterbildung für Pflegekräfte zum Erlangen der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

---

Overath, 31.05.2021, Andreas Fuchs

# Anlage -Checkliste „Abstimmung“ auf Mesebene

## Checkliste zur klinisch – praktischen Abschlussprüfung Notfallpflege mOSCE-NA

Teilnehmer/-in: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Datum Abstimmung: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Prüfungsdatum: \_\_\_\_\_ Prüfung von – bis: \_\_\_\_\_

**Prüfungsdauer: 90 – 120 Minuten**

**Fachprüfer der ZNA:** \_\_\_\_\_

<b>Leitsymptom:</b>	_____		
Prüfungsfall:	<input type="radio"/> ♀	<input type="radio"/> ♂	Alter _____
<b>Ankündigung per:</b>	<input type="radio"/> Tel.	<input type="radio"/> Fax	<input type="radio"/> EDV <input type="radio"/> Mündliche Information
(c)ABCDE - Problematik:	_____	andere Übergabemethode: _____	
<b>SOP zum Leitsymptom</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja:	<b>Ankunftszeit: 15 Minuten</b>
<b>Ersteinschätzung:</b>	<input type="radio"/> ESI	<input type="radio"/> MTS	<b>Kategorie: 3/gelb</b>

**Notizen zum Procedere bei Leitsymptomatik**  
(Normaler Ablauf zur Vorbereitung und Gestaltung des Erstkontaktes)

**Aufnahme/Administration:** (z.B. typischer Informationsgehalt, Vorgehen, Interventionen, Abläufe)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Checkliste zur klinisch – praktischen Abschlussprüfung Notfallpflege  
mOSCE-NA**

**Notizen zu häufiger Diagnostik und Therapie**

(Absprache und Orientierung an typischem Krankheitsbild/Verdachtsdiagnose)

**Medizinische Diagnostik:** (z. B. übliche Verfahren, Abläufe im Notfall, Medizinprodukte, SOPs)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Notizen zu üblicher weiterer Therapie nach Komplikation/Verschlechterung**

(Klärung der weiteren Verbringung und der zugehörigen Organisation)

**Verlegung/Entlassung:** (Organisation, Überwachung, Übergabestandard, Dokumentation)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---