

**Bereitet die Ausbildung zur Anästhesietechnischen
Assistenz ausreichend auf das Handlungsfeld im
Aufwachraum vor?**

**Empirische Berufsfeldanalyse zum Berufsbild der
Anästhesietechnischen Assistenz**

Masterthesis zur Erlangung des Grades „Master of Arts“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen,
Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen

Masterstudiengang Pflegepädagogik

vorgelegt von:

Britta Steeger

Prüfer: Herr Professor Dr. rer. cur. Roland Brühe

Prüfer: Herr Professor Dr. phil. Tobias Hölterhof

Vorgelegt im Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abkürzungsverzeichnis | I |
| Tabellenverzeichnis | II |
| Abbildungsverzeichnis..... | III |
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Literaturrecherche | 3 |
| 3. Der Beruf | 4 |
| 3.1 Vom Pflegeberuf zur grundständigen ATA-Ausbildung..... | 5 |
| 3.2 Gesetzliche Grundlagen der ATA-Ausbildung | 7 |
| 3.3 Handlungsfelder Operationssaal und Aufwachraum..... | 10 |
| 3.4 Was ist Pflege?..... | 13 |
| 4. Berufsforschung..... | 14 |
| 4.1 Arbeitsprozesswissen | 15 |
| 4.2 Methoden der Berufsbildungsforschung | 16 |
| 4.3 Konzept der Experten-Facharbeiter-Workshops..... | 17 |
| 4.3.1 Allgemeine Einführung in das Konzept..... | 17 |
| 4.3.2 Lernbereiche..... | 18 |
| 4.3.3 Annahmen des Konzepts | 21 |
| 4.3.4 Berufliche Arbeitsaufgaben | 22 |
| 4.3.5 Stationen der beruflichen Entwicklung..... | 23 |
| 5. Ablaufbeschreibung der EFWs..... | 23 |
| 5.1 Auswahl der Teilnehmer*innen | 23 |
| 5.2 Anforderungsprofil Moderator*innen | 23 |
| 5.3 Ablauf | 24 |
| 5.4 Auswertung und Validierung | 27 |
| 5.5 Erstellung des Berufsbildes | 28 |
| 6. Übertragung des Konzepts auf die ATA..... | 29 |
| 6.1 Der Pretest..... | 29 |
| 6.1.1 Ergebnisse der biographischen Arbeit | 29 |
| 6.1.2 Darstellung und Entwicklung der beruflichen Arbeitsaufgaben..... | 32 |
| 6.1.3 Erkenntnisse aus dem Pretest..... | 36 |
| 6.2 Ablauf und Ergebnisse des Workshops | 37 |
| 6.2.1 Ergebnisse der biographischen Arbeit..... | 38 |
| 6.2.2 Darstellung und Entwicklung der beruflichen Arbeitsaufgaben..... | 41 |
| 6.2.3 Zuordnung zu den Lernbereichen..... | 48 |
| 6.2.4 Reflexion der Ausbildung..... | 56 |
| 6.2.5 Interne Validierung | 59 |
| 6.2.6 Ergebnisse der Validierung | 62 |
| 7. Zusammenfassung beider Workshops | 64 |
| 7.1 Prozess der Entwicklung der Arbeitsaufgaben | 64 |
| 7.2 Berufsbild..... | 80 |
| 8. Diskussion | 82 |
| 9. Reflexion Forschungsprozess | 93 |
| 10. Fazit..... | 95 |
| 11. Literaturverzeichnis..... | 98 |

| | |
|--|-----|
| Anhang | 103 |
| Anhang 1 Arbeitsblatt: Individueller beruflicher Werdegang | 103 |
| Anhang 2 Arbeitsblatt: Sammlung der beruflichen Arbeitsaufgaben | 104 |
| Anhang 3 Arbeitsblatt: Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben | 105 |
| Anhang 4 Thesen | 106 |
| Anhang 5 Einladung Pretest | 110 |
| Anhang 6 Präsentation | 111 |
| Anhang 7 Padlet® | 116 |
| Anhang 8 Modifiziertes Arbeitsblatt Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben | 118 |
| Anhang 9 Einladung Workshop | 119 |
| Anhang 10 Ergebnisse der Validierung | 120 |
| Anhang 11 Metaplanwand Übersicht der Arbeitsaufgaben Workshop | 152 |
| Anhang 12 Metaplanwand Ergebnis Lernbereichszuordnung, Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung | 153 |
| Anhang 13 Datenschutzerklärung | 155 |
| Anhang 14 Umfragebogen LimeSurvey® | 159 |
| Anhang 15 Zitate der Audiodateien | 163 |
| Versicherung selbständiger Arbeit | 166 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|---|
| | Anästhesietechnische/r Assistent*in |
| ATA | Anästhesietechnische Assistenz; |
| ATA-OTA-APrV | Ausbildungs- und Prüfungsverordnung über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten |
| ATA-OTA-G | Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten |
| AWE | Aufwacheinheiten |
| AWR | Aufwachraum |
| BAG | Berufliche Arbeitsaufgabe |
| BDA | Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. |
| BIBB | Bundesinstitut für Berufsbildung |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| CIRS | Critical Incident Reporting System |
| DACUM | Developing a Curriculum |
| DBfK | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe |
| DBVSA e.V. | Deutscher Berufsverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten |
| DFG | Deutsche Forschungsgemeinschaft |
| DGAI | Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie & Intensivmedizin |
| DGF | Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienst e.V. |
| DigiBib | Digitale Bibliothek der Katholischen Hochschule Nordrhein Westfalen |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| DKI | Deutsches Krankenhausinstitut |
| EFW | Experten-Facharbeiter-Workshop |
| GAB | Geschäfts- und arbeitsplatzorientierte Berufsbildung |
| GG | Grundgesetz |
| I&A | Intensiv- und Anästhesiepflege Fachweiterbildung |
| ICN | International Council of Nurses |
| IPS | Intensivpflegestation |
| KIdB | Klassifikation der Berufe 2010 |
| KMK | Kultusminister Konferenz |
| NFZ | Notfallzentrum |
| NRW | Nordrhein-Westfalen |
| OP | Operationssaal; Operationsäle |
| p.K., AD1, Min. | persönliche Kommunikation im Rahmen des EFW aus der Audiodatei 1, Zitation mit Zeitstempel |
| p.K., AD2, Min. | persönliche Kommunikation im Rahmen des EFW aus der Audiodatei 2, Zitation mit Zeitstempel |
| | Person mit Intensiv- und Anästhesiepflege Fachweiterbildung |
| PfIBG | Gesetz über die Pflegeberufe |
| PPT | Power Point Präsentation |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------|---|----|
| Tabelle 1: | Stundenverteilung: praktische Ausbildung nach Anlage 2 ATA-OTA-G | 9 |
| Tabelle 2 | Ergebnisse biographische Arbeit aus dem Pretest..... | 31 |
| Tabelle 3 | Prozess der Aufgabenentwicklung aus dem Pretest | 32 |
| Tabelle 4 | Ergebnisse der biographischen Arbeit aus dem Workshop..... | 39 |
| Tabelle 5 | Prozess der Aufgabenentwicklung aus dem Workshop | 42 |
| Tabelle 6 | Prozess der Lernbereichszuordnung Gruppe A | 49 |
| Tabelle 7 | Prozess der Lernbereichszuordnung Gruppe B | 51 |
| Tabelle 8 | Vergleich der Ergebnisse der Kleingruppen mit dem Ergebnis aus dem Plenum..... | 55 |
| Tabelle 9 | Modifikation der Umfrage Häufigkeit..... | 60 |
| Tabelle 10 | Modifikation der Umfrage Bedeutung | 61 |
| Tabelle 11 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A1..... | 65 |
| Tabelle 12 | Aufgabenbeschreibung A1 | 66 |
| Tabelle 13 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A2..... | 66 |
| Tabelle 14 | Aufgabenbeschreibung A2 | 67 |
| Tabelle 15 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A3..... | 67 |
| Tabelle 16 | Aufgabenbeschreibung A3 | 68 |
| Tabelle 17 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A4..... | 68 |
| Tabelle 18 | Aufgabenbeschreibung A4 | 69 |
| Tabelle 19 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A5..... | 69 |
| Tabelle 20 | Aufgabenbeschreibung A5 | 70 |
| Tabelle 21 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A6..... | 70 |
| Tabelle 22 | Aufgabenbeschreibung A6 | 71 |
| Tabelle 23 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A7..... | 71 |
| Tabelle 24 | Aufgabenbeschreibung A7 | 72 |
| Tabelle 25 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A8..... | 72 |
| Tabelle 26 | Aufgabenbeschreibung A8 | 73 |
| Tabelle 27 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A9..... | 73 |
| Tabelle 28 | Aufgabenbeschreibung A9 | 73 |
| Tabelle 29 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A10 | 74 |
| Tabelle 30 | Aufgabenbeschreibung A10 | 74 |
| Tabelle 31 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A11 | 75 |
| Tabelle 32 | Aufgabenbeschreibung A11 | 75 |
| Tabelle 33 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A12 | 75 |
| Tabelle 34 | Arbeitsbeschreibung A12..... | 76 |
| Tabelle 35 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A13 | 76 |
| Tabelle 36 | Arbeitsbeschreibung A13..... | 77 |
| Tabelle 37 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A14 | 77 |
| Tabelle 38 | Arbeitsbeschreibung A14..... | 78 |
| Tabelle 39 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A15 | 78 |
| Tabelle 40 | Arbeitsbeschreibung A15..... | 79 |
| Tabelle 41 | Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A16 | 79 |
| Tabelle 42 | Aufgabenbeschreibung A16 | 80 |
| Tabelle 43 | Vergleich der Ausbildungsziele des ATA-OTA-G und der Ergebnisse der EFW | 83 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|--|----|
| Abbildung 1: | Arbeitsprozesswissen als der Zusammenhang von praktischem und theoretischem Wissen sowie von subjektivem und objektivem Wissen | 16 |
| Abbildung 2: | Struktur der Lernbereiche | 21 |
| Abbildung 3: | Gesamte berufliche Handlungskompetenz aus objektivem Wissen und Arbeitsprozesswissen | 23 |
| Abbildung 4: | Ablauf und Inhalt der Experten-Facharbeiter Workshop | 24 |
| Abbildung 5: | Prozess zur Formulierung der beruflichen Arbeitsaufgaben | 27 |
| Abbildung 6 | Berechnung der Mittelwerte der Antworten zur Häufigkeit der Arbeitsaufgaben | 63 |
| Abbildung 7 | Häufigkeitsverteilung zur Bedeutung der Arbeitsaufgaben | 64 |

1. Einleitung

Im Januar 2022 ist ein neues Ausbildungsgesetz in Kraft getreten und hat die Berufslandschaft um zwei neue Berufe erweitert: das Gesetz über die *Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten* und über die *Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten* (ATA-OTA-G). Damit haben die seit 2011 durch die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* (DKG) geregelten Ausbildungen ihre staatliche Anerkennung erlangt. Die *Operationstechnische Assistenz* (OTA) instrumentiert während der Operationen dem Chirurgen und ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Die Absolventen der *Anästhesietechnischen Assistenz* (ATA) assistieren bei der Narkose und können nach Abschluss dieser grundständigen Ausbildung im Operationssaal (OP), im Aufwachraum (AWR), in der Notaufnahme, in der Endoskopie und in der Zentralen Sterilgut Versorgung¹ arbeiten (§ 7 ATA-OTA-G). In der sogenannten Einleitung, die sich vor dem OP befindet, werden die Patient*innen auf den Eingriff vorbereitet. Dort assistiert die ATA dem/der Ärzt*in. Während der Narkose werden die Patient*innen überwacht und nach der Operation im Aufwachraum betreut. Zuvor arbeiteten in diesem nicht-ärztlichen Handlungsfeld Personen mit einer Pflegeausbildung und solche mit einer zusätzlichen zweijährigen Fachweiterbildung in der *Intensiv- und Anästhesiepflege* (I&A). Daher wird dieses Handlungsfeld auch Anästhesiepflege genannt (Lehmann 2014: 23).

In der Regel wird nach der dreijährigen Pflegeausbildung für die Zulassung zur dieser Fachweiterbildung Berufserfahrung verlangt. Da die Fachweiterbildungen auf Länderebene organisiert sind, finden sich unterschiedlich lange Zeitvorgaben der verlangten Berufserfahrung. Mit der ATA-Ausbildung wird eine grundständige dreijährige Ausbildung als Äquivalent zur Qualifizierung über die insgesamt fünfjährige Fachweiterbildung angeboten. Dieser Umstand wirft Fragen auf:

Ist diese neue Ausbildung in der Lage, die Auszubildenden auf das Handlungsfeld Anästhesiepflege ausreichend vorzubereiten?

Sind die ATAs den Anforderungen in den möglichen Einsatzbereichen, insbesondere dem AWR, gewachsen?

Wie unterscheiden sich die Bereiche?

¹ Bereich zur Aufbereitung und Sterilisation der im OP benutzten Materialien und Instrumente

In einer Evaluationsstudie zu *Qualifizierungswegen für das Handlungsfeld Anästhesie* aus dem Jahre 2014 wird von den interviewten Studienteilnehmer*innen aus dem Arbeitsfeld AWR festgestellt, dass die ATA die Kolleg*innen aus den Pflegeberufen nicht ersetzen können. Im Aufwachraum müssten komplexere Aufgaben als im OP erbracht werden. Den Erkenntnissen dieser Studie zufolge bedarf es eines Pflegeverständnisses, das den ATAs fehlt (Lehmann 2014: 156). Dieser Befund soll in der vorliegenden Arbeit weiter untersucht werden.

Sollte die Ausbildung unzureichend vorbereiten, könnte es zu einer Überforderung der Auszubildenden kommen, die sich im weiteren Berufsleben womöglich fortsetzt. Es könnte auch eine Patientengefährdung vermutet werden. Es bedarf also weiterer Forschung zu diesem Berufsfeld, die voraussetzt, dass ein theoretischer Bezug bzw. eine berufswissenschaftliche Beschreibung des Berufes vorhanden ist. Diese konnte für die ATA in den Datenbanken nicht identifiziert werden. Deshalb wird eine solche in der vorliegenden Arbeit erstellt.

Für eine wissenschaftlich abgesicherte Berufsbeschreibung können unterschiedliche berufswissenschaftliche Forschungsmethoden herangezogen werden. Beobachtungsstudien sowie Experteninterviews müssen während der Arbeit im Feld durchgeführt werden. Unvorhersehbare Ereignisse, wie medizinische Notfälle und die durch die psychische Belastung der Patient*innen kurz vor der Operation, stehen diesen Methoden entgegen. Die Methode, die für die vorliegende Arbeit gewählt wurde, ist ein sogenannter *Experten-Facharbeiter-Workshop* (EFW).

Ein EFW beruht auf der Grundannahme, dass 12-20 sogenannte *berufliche Arbeitsaufgaben* (BAG) einen Beruf ausreichend beschreiben können (Kleiner et al. 2002: 29f.). Eine weitere Grundannahme ist, dass die Facharbeiter ihre eigene Tätigkeit am besten beschreiben können. Sie werden als sogenannte Experten bezeichnet (Kleiner et al. 2002: 22). Für die vorliegende Masterarbeit wurde ein Workshop durchgeführt, durch den - so wird erwartet - die Handlungsfelder der Anästhesiepflege ausreichend beschrieben werden können. Die Methode ermöglicht im Anschluss eine Zuordnung der beruflichen Arbeitsaufgaben in unterschiedlicher Anforderungsbereiche. Daraus lassen sich curriculare Entscheidungen ableiten oder die Ausbildung evaluieren (ebd.: 22).

Ziel dieser Arbeit ist jedoch nicht ein Curriculum zu erstellen, sondern durch die Ergebnisse einen Bezugspunkt für die Reflexion der Forschungsfragen zu haben.

In Kapitel zwei wird die Literaturrecherche dargestellt.

In Kapitel drei folgt eine Einführung in zentrale Begrifflichkeiten. Zunächst wird der Begriff „Beruf“ eingegrenzt, um ihn in den Kontext der ATA zu bringen. Dazu werden die historische Entwicklung und die gesetzlichen, für die Forschungsfrage relevanten Vorgaben skizziert. Es folgt eine Einführung in das Handlungsfeld AWR. Ob den ATAs ein Pflegeverständnis fehlt, kann nur nachvollzogen werden, wenn auch der Begriff „Pflege“ beleuchtet wird.

Das Kapitel vier widmet sich der Methodik, mit der Arbeitsaufgaben erfasst werden können. Die Methode der EFW wird begründet.

Kapitel fünf beschreibt den Ablauf der Workshops.

Die Durchführung und die Beschreibung der Ergebnisse eines Pretests und eines zweiten Workshops werden in Kapitel sechs thematisiert.

Schließlich folgt die Zusammenfassung der Ergebnisse beider Workshops durch eine Prozessbeschreibung der Autorin in Kapitel sieben.

In den weiteren Kapiteln folgt die Diskussion (Kap. 8), die Reflexion des Forschungsprozesses (Kap. 9) und das Fazit (Kap. 10).

2 Literaturrecherche

Die orientierende Literaturrecherche über Suchmaschine Google® zu den Schlagworten ATA, Anästhesiepflege und Aufwachraum ergab eine Anzahl von Treffern, die sich entweder auf die normativen Vorgaben des neuen Gesetzes oder medizinische Inhalte beziehen. Die Suche wurde auf Berufsverbände, Institutionen und Fachverbände fokussiert. Auf den Seiten der DKG, dem *Deutschen Berufsverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten* (DBVSA e.V.), dem *Deutschen Krankenhausinstitut* (DKI), dem *Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe* (DBfK), der Ärztekammer, der ärztlichen Berufsverbände, dem *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) und dem *Bundesinstitut für Berufsbildung* (BIBB) wurde gezielt gesucht. Die Kombination der Begriffe ATA, Assistenz und Berufsbild/ Beruf/ Berufsbildanalyse erbrachte Treffer über die Entwicklung des Berufes. Eine berufswissenschaftlich entwickelte Berufsbeschreibung konnte jedoch nicht identifiziert werden. Die systematische Literaturrecherche wurde mit den genannten Schlagworten und Kombinationen in der *Digitalen Bibliothek* (DigiBib) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, den Datenbanken Ci-INHAL, Complete, Fachportal Pädagogik, CareLit, den Gemeinsamen Bibliotheksverbund und der deutschen Nationalbibliothek vorgenommen. Wissenschaftliche Ergebnisse und Forschung zu dem Berufsfeld wurde einzig mit der Dissertation

von Yvonne Lehmann „Medizinisch-technische Assistenz oder Fachpflege?“ gefunden. Das weitere Vorgehen erfolgte über die Schneeballsuche. Insgesamt liegt ein Forschungsdesiderat vor.

3 Der Beruf

Folgt man der Eingrenzung des Wirtschaftslexikons, so ist ein Beruf „eine dauerhaft angelegte, i.d.R. eine Ausbildung voraussetzende Betätigung, die Arbeitskraft sowie Arbeitszeit überwiegend in Anspruch nimmt.“ (Schmidt / Bartscher / Nissen 2018) Eine ältere Eingrenzung beschreibt einen Beruf als Lebenslage und Lebenschancen, die durch ein institutionalisiertes Kompetenzbündel gekennzeichnet ist (Beck / Brater / Daheim 1980: 223). Diese unterschiedlichen Auslegungen beschreiben die Mehrdimensionalität des Begriffes. Ein Beruf geht über eine umschriebene Tätigkeit und die durch die Ausbildung erworbenen Kompetenzen hinaus. Er bestimmt die soziale Position einer Person und ist Nahtstelle von Individuum und Sozialstruktur. In Deutschland erleichtert eine Berufsausbildung die Möglichkeit der Weiterbildung, den Wechsel in einen anderen Betrieb oder Beruf (Heinz R. / Haasler R. 2018: 429). Die nicht akademischen Abschlüsse werden überwiegend in dem für Deutschland typischen Dualen System erlernt, also in der Kombination von staatlicher (Berufsschule) und betrieblicher Ausbildung (Timmermann 2018: 535).

Die Vielzahl der Berufe in Deutschland wurden 2010 von der Bundesagentur für Arbeit kategorisiert. Die Berufslandschaft sollte klassifiziert und realitätsnah abgebildet werden. Ein weiterer Anspruch dieser Klassifikation der Berufe (KldB) war es, Kompatibilität mit internationalen Berufsklassifikationen zu erreichen (Fegebank 2018: 221).

Das zugrunde gelegte Berufsverständnis ist tätigkeitsbezogen und konstituiert sich zweidimensional. Die horizontale Dimension ist ein Bündel von Fachkompetenzen und umfasst spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten eines Berufes. Die vertikale Dimension ist das Anforderungsniveau, das als bestimmtes Kenntnis- und Fertigungsniveau vorhanden sein muss, um den Beruf ausüben zu können. Den Berufen werden vier Anforderungskategorien zugeordnet, wobei die Ausbildungsdauer mit dem Komplexitätsgrad korreliert (Bundesagentur für Arbeit 2011: 26). Die Spannweite reicht von einer Helfer- und Anlern Tätigkeit (Anforderungsniveau 1) über die fachlich ausgerichtete Tätigkeit (Anforderungsniveau 2), zur komplexen Spezialistentätigkeit (Anforderungsniveau 3) bis zu hoch komplexer Tätigkeit (Anforderungsniveau 4). Der Beruf der ATA wird der Kategorie 2 (fachlich ausgerichtete

Tätigkeit) und die Fachweiterbildung I&A der Kategorie 3 (Spezialistentätigkeit) zugeordnet (Bundesagentur für Arbeit 2011: 283f.).

Der Bund hat die Gesetzgebungskompetenz und regelt die Heilberufe, die Berufe nach dem Berufsbildungsgesetz und Berufe nach der Handwerksordnung. Fachweiterbildungen, wie auch die I&A, sind dagegen Ländersache. Der neue Beruf der ATA wurde mit dem Inkrafttreten des ATA-OTA-G als Heilberuf anerkannt (Bundesministerium für Gesundheit 2023a) und soll in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

3.1 Vom Pflegeberuf zur grundständigen ATA-Ausbildung

Bereits in den Kriegslazaretten des 1. Weltkriegs beteiligten sich Schwestern und Pfleger an den Narkosen. Sie mussten die Patient*innen meistens einleiten, überwachen und die Kreislaufparameter feststellen (Stölzle 2013: 81). Die medizinische und technische Entwicklung machte an den OPs nicht halt und es entstand die Notwendigkeit, das neue Wissen in Form einer Weiterbildung zu vermitteln. In den 1970er Jahren entstand durch die Zusammenarbeit der *Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienst e.V.* (DGF), der DKG und den ärztlichen Fachverbänden eine von den Bundesländern anerkannte Fachweiterbildung (Bassauer 2005: o.S.). Diese 2-jährige Weiterbildung wird bis zum heutigen Tage angeboten und spezialisiert examinierte Pflegekräfte für die Bereiche Intensiv- und Anästhesiepflege. Der Schwerpunkt der Weiterbildung in der Theorie wie auch in der Praxis liegt bei der Intensivpflege (Lehmann 2014: 249). Dennoch können bis zum heutigen Tage Absolventen der drei-jährigen Pflegeausbildung ohne die Fachweiterbildung in der Anästhesiepflege arbeiten. Es besteht keine Verpflichtung einer I&A Fachweiterbildung (Lehmann 2015: 233).

Bei der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2003 wurde eine neue Gewichtung zu Gunsten von Prävention und Rehabilitation und zu Ungunsten der Funktionsbereiche im Krankenhaus vorgenommen, sodass in der Ausbildung von Pflegekräften kaum noch praktische Einsätze im OP möglich waren. Dies verringerte das Interesse des Nachwuchses an diesem Funktionsbereich und trug in der Folge zu einem spürbaren Personalmangel im OP bei (Lehmann 2014: 22). Bei einer Erhebung des deutschen Krankenhausinstituts von 2011 gaben 23,6% der Krankenhäuser Probleme bei der Stellenbesetzung in der Anästhesiepflege an (Blum et al. 2018: 7f.). Eine Strategie, dem Personalmangel zu begegnen, war es, das Bewerberspektrum um Interessenten am medizinisch-technischen Bereich zu erweitern (Lehmann 2014: 20). Ob diese Überlegung das Problem adressiert, kann

nicht eingeschätzt werden. Es konnte lediglich eine Studie von 2008 gefunden werden, bei der OP-Pflegekräfte und Pflegekräfte aus dem Stationsdienst die Kompetenz im Umgang mit technischen Geräten beim Personal des OPs einschätzen sollten. Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl das OP-Personal als auch die Pflegekräfte der Stationen diese als sehr hoch eingeschätzt haben. (Oswald 2008: 507). Diese Studie zeigt also lediglich auf, dass Berufsgruppen aus dem Krankenhaus den Mitarbeitern aus dem OP ein ausgeprägtes technisches Interesse zuschreiben. Eine Einschätzung von Ausbildungssuchenden bzw. Bewerbern, das ein technisches Interesse belegt, konnte bei der Literaturrecherche nicht gefunden werden.

Diese Annahme sowie ökonomische Überlegungen sprachen für eine grundständige ATA-Ausbildung. Statt der zum Teil vom Arbeitgeber mitfinanzierten zusätzlichen I&A Fachweiterbildung sollte eine dreijährige Ausbildung auf das Handlungsfeld Anästhesie vorbereiten. Durch staatliche Anerkennung ändert sich die Finanzierung. Die Lasten werden nun gem. ATA-OTA-G von den Sozialleistungsträgern übernommen. In Artikel 2 wird die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz festgelegt. Damit müssen die Mehrkosten eines Krankenhauses, die durch die ATA-Ausbildung entstehen, finanziert werden. Die Finanzierung wird somit analog zur Finanzierung für die Ausbildung zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann geregelt und ist für die Krankenhausträger ökonomisch attraktiver.

Im Jahre 2004 startete ein durch die DKG genehmigtes Pilotprojekt für eine grundständige Ausbildung der ATA an zwei Standorten (Universitätskliniken Halle, Saale und Frankfurt am Main) mit der Maßgabe einer Evaluierung, die vom *Institut für Gesundheits- und Pflegeforschung* der Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg durchgeführt wurde (Lehmann 2015: 231). Flankierend begleitete die *Bundesarbeitsgemeinschaft der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten* (BGA ATA)² den neuen Ausbildungsgang. Diese Arbeitsgemeinschaft hat sich 2004 gegründet und entwickelte Qualitätsempfehlungen, welche in die DKG-Empfehlung zur Ausbildung 2011 eingeflossen sind (Spichale et al. 2019: 1). Dieser Prozess und die Ergebnisse der Evaluation von Lehmann (2014) führten zur Anerkennung der ATA-Ausbildung durch die DKG, die 2011 eine Empfehlung zur staatlich anerkannten Ausbildung und Prüfung von OTA und ATA verabschiedete (Lehmann 2014: 50).

² Die Mitglieder der BGA ATA formierten sich 2015 um und sind seither unter dem Deutschen Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten (DBVSA e.V.) bekannt (Spichale et al. 2019: 1).

Im Dezember 2019 wurde die neue Ausbildung vom Bundestag gesetzlich beschlossen. Das neue Gesetz für beide Berufe trat am 01.01.2022 in Kraft. Begründet wurde es mit dem demographischen Wandel, den steigenden Zahlen von Krankenhausaufenthalten, fortschreitender Technisierung der Medizin und der Entwicklung neuer komplizierter Operationsmethoden. Intendiert wurde die nachhaltige Etablierung der Berufe und Qualitätssicherung durch eine bundeseinheitliche Regelung (Deutscher Bundestag 2019: 1). Die ATA und OTA gehören nun den Gesundheitsfachberufen an, welche sich von den ärztlichen Heilberufen abgrenzen und durch das Grundgesetz nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 (GG) geregelt sind. Der Bund regelt Zulassung und Ausübung.

Im Dezember 2022 listet die DKG 50 ATA-Schulen in Deutschland (DKG 2022: 1–7). Nach Auskunft des DBVSA aus einer unveröffentlichten Statistik gab es 2022 ca. 1.500 Ausbildungsplätze.

3.2 Gesetzliche Grundlagen der ATA-Ausbildung

Das ATA-OTA-G ist eine normative Vorgabe. Auch wenn es noch keine empirisch gestützte Berufsbeschreibung gibt, lassen sich Festlegungen zum AWR für die Praxis finden. Aktuell wird bis 2024 parallel nach der DKG-Empfehlung und nach dem neuen Gesetz ausgebildet. Beide Ausbildungen sind als drei-jähriger Lehrgang konzipiert. Ein großer Unterschied zwischen der DKG- und der staatlichen Ausbildung ist jedoch der Stundenumfang bzw. die Stundenverteilung zwischen Theorie und Praxis. Nach dem ATA-OTA-G entfallen 500 Stunden mehr auf die Theorie als noch in der DKG-Ausbildung. Vorgeschrieben sind 2.100 Stunden für theoretischen und praktischen Unterricht am Lernort Schule und 2.500 Stunden in der Praxis. Ein spezifisches Ausbildungsziel wird in § 9 des neuen ATA-OTA-G festgelegt als die Überwachung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Versorgungsbereichen und *Aufwacheinheiten* (AWE). In Anlage 1 der *Anästhesietechnischen- und Operationstechnischen-Assistenten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung* (ATA-OTA-APrV) werden die Ziele der Ausbildung konkret formuliert und der Stundenanteil für den theoretischen Unterricht festgeschrieben. Diese teilen sich in 8 sogenannte Kompetenzschwerpunkte:

1. „Berufsbezogene Aufgaben im ambulanten und stationären Bereich eigenverantwortlich planen und strukturiert ausführen 880 Stunden [...]
2. Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und ärztliche Anordnungen eigenständig durchführen 340 Stunden [...]
3. Interdisziplinäres und interprofessionelles Handeln verantwortlich mitgestalten 120 Stunden [...]

4. Verantwortung für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit übernehmen (lebenslanges Lernen), berufliches Selbstverständnis entwickeln und berufliche Anforderungen bewältigen 120 Stunden [...]
5. Das eigene Handeln an rechtlichen Vorgaben und Qualitätskriterien ausrichten 140 Stunden [...]
6. Mit Patientinnen und Patienten aller Altersstufen und deren Bezugspersonen unter Berücksichtigung soziologischer, psychologischer, kognitiver, kultureller und ethischer Aspekte kommunizieren und interagieren 120 Stunden [...]
7. In bedrohlichen Krisen- und Katastrophensituationen zielgerichtet handeln 40 Stunden [...]
8. Hygienische Arbeitsweisen umfassend beherrschen und beachten 140 Stunden [...]
9. Freie Verfügung auf die Kompetenzschwerpunkte 200 Stunden“

Die Kompetenzschwerpunkte 1 und 2 differenzieren sich in die Kategorien Selbstständigkeit und Assistenz. Obwohl die Assistenz in die Berufsbezeichnung integriert ist, liegt ein sehr hoher Anteil von 880 Stunden im Kompetenzschwerpunkt 1, der sich auf die selbständigen Tätigkeiten des Handlungsfeldes bezieht. Für den Bereich 2 der ärztlichen Assistenz sind dagegen 340 Stunden vorgesehen. Die 8 Bereiche werden jeweils in weitere Kompetenzen untergliedert. Unter 1c findet sich der Bezug zum AWR mit folgender Formulierung:

„... überwachen und unterstützen postoperativ und postanästhesiologisch eigenständig Patientinnen und Patienten aller Altersstufen in Aufwacheinheiten, beurteilen kontinuierlich gewonnene Parameter und Erkenntnisse, erkennen frühzeitig lebensbedrohliche Situationen und reagieren situativ angemessen (ATA-OTA-APrV).“

Die Tätigkeit im AWR ist demnach für eine ATA selbstständig und nicht assistierend. Rechtlich muss jedoch die Aufsicht der Patient*innen in ärztlich-anästhesiologischer Hand bleiben. Eine ständige Betreuung muss durch speziell ausgebildetes Personal erfolgen, so die Empfehlung der die Fachgesellschaften des *Berufsverbands der deutschen Anästhesisten (BDA)* und der *Deutschen Gesellschaft der Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)* (DGAI & BDA 2011: 2).

Auch die normativen Vorgaben des ATA-OTA-G für die 2.500 praktischen Ausbildungsstunden sind detailliert festgelegt:

Tabelle 1: Stundenverteilung: praktische Ausbildung nach Anlage 2 ATA-OTA-G

| Einsatzort | Stunden |
|--|--------------------|
| Berufsspezifischer Orientierungseinsatz (flexibel gestaltet zu Beginn der Ausbildung) | 80 |
| Pflichteinsätze | |
| Anästhesie in der Viszeralchirurgie | 280 |
| Anästhesie in der Unfallchirurgie oder Orthopädie | 280 |
| Anästhesie in der Gynäkologie oder Urologie | 220 |
| Anästhesie im ambulanten Kontext | 100 |
| Aufwacheinheiten | 240 |
| Wahlpflichteinsätze (mindestens 100 Stunden je Einsatz) | 400 insges. |
| Anästhesie in der Thoraxchirurgie | |
| Anästhesie in der Neurochirurgie | |
| Anästhesie in der HNO | |
| Anästhesie in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie | |
| Anästhesie in der Augenchirurgie | |
| Anästhesie in der Gefäßchirurgie | |
| Anästhesie bei Kindern | |
| Anästhesie in der Geburtshilfe/ Kreissaal | |
| Anästhesie in anderen Fachrichtungen | |
| Pflichteinsätze in den folgenden Funktions- und Versorgungsbereichen | |
| Pflegepraktikum | 120 |
| Zentrale Sterilgutversorgung | 80 |
| Operationsdienst | 140 |
| Schmerzambulanz/Schmerzdienst | 120 |
| Notaufnahme/Ambulanz | 200 |
| Interventionelle Funktionseinheiten (Endoskopie, Katheterlabor, Radiologie etc.) | 160 |
| zur freien Verfügung | 80 |
| insgesamt | 2.500 |

Quelle Eigene Darstellung

In den Aufwacheinheiten müssen die Auszubildenden 240 von 2.500 Stunden eingesetzt werden. In den Operationssälen sind es 1.360. Dies scheint im Verhältnis gering. In den vorangegangenen DKG-Empfehlungen wurden die Einsätze im AWR modifiziert. Der Einsatz war 2013 lediglich ein Wahlpflichtbereich, mit einer Dauer von 200 Stunden (DKG 2013: 37). Bei der letzten Anpassung 2019 wurde er aufgewertet und ist seither verpflichtend (DKG 2019: 36).

3.3 Handlungsfelder Operationssaal und Aufwachraum

Die im vorherigen Kapitel beschriebene Aufwertung des AWR-Einsatzes zu einem Pflichteinsatz ist Anlass, die Entwicklung dieses Handlungsfelds genauer zu betrachten und vom Handlungsfeld im OP zu differenzieren.

Erstmals wurde 1873 in einer Rede von Charles Tomes in Boston über den Ablauf von Äthernarkosen von einem zusätzlichen Raum für die Einleitung (Vorbereitung) der Narkose und für die postoperative Überwachung gesprochen. Der Gebrauch von Äther führte postoperativ häufig zu Erbrechen sowie unruhigem und lautem Verhalten der Patient*innen. Erbrechen in der Phase des Wachwerdens ist lebensgefährlich, zudem sollte das Ruhebedürfnis anderer Patient*innen gewährleistet sein. (Zuck 1995: 435). Die wesentlichen Merkmale des Konzepts eines AWR (separater Raum, postoperative Überwachung und Gefahr des Erbrechens) waren zu dieser Zeit bereits erfüllt. Heute wird der AWR im medizinischen Wörterbuch folgendermaßen eingegrenzt:

„ein Überwachungsraum für Frischoperierte zur postoperativen Überwachung (Monitoring), bei Bedarf mit Sauerstoffgabe und weiteren erforderlichen Maßnahmen. Dabei ist das Ziel die Prävention bzw. frühzeitige Detektion akut postoperativ möglicher anästhesie- oder operationsbedingter Störungen (respiratorisch, Übelkeit und Erbrechen, kardiovaskulär). Die übliche erforderliche Überwachungszeit beträgt 2-4 h.“ (Bucher 2017: o.S.)

Zu räumlichen Bedingungen, Ausstattung, personeller Besetzung und Problematik haben die Fachgesellschaften DGAI und BDA ebenfalls gemeinsame Empfehlungen erarbeitet. Demnach besteht ein Erfordernis zur medizinischen Überwachung der Patient*innen in speziell ausgestatteten Zonen, die an den Bedarf des jeweiligen Krankenhauses anzupassen sind. Aufwachräume sollen überall dort eingerichtet sein, wo Anästhesien durchgeführt werden. Der AWR ist eine dem OP zugehörige, aber dennoch eigenständige Abteilung in der Nähe des OPs. Die Raumgröße, räumliche und technisch-apparative Ausstattungen werden empfohlen. Die Informationen, die von ärztlicher Seite aus dem OP an das Personal im AWR weitergegeben werden müssen, werden durch die beiden Gesellschaften präzise beschrieben (DGAI & BDA 2011: 116–119). Generell darf der/die Anästhesist*in nur unter folgender Bedingung wieder in den OP zurückkehren:

„der Anästhesist darf sich weiteren Aufgaben im OP erst dann zuwenden, wenn er sich davon überzeugt hat, dass die Versorgung des Patienten in der AWE gesichert und ärztliche Präsenz nicht erforderlich ist“ (DGAI & BDA 2011: 119)

In den Empfehlungen finden sich auch Festlegungen zur Tätigkeit im AWR. Das Fachpersonal überwacht eigenständig die Vitalfunktionen, die Drainagen und mögliche Nachblutungen. Es müssen Laborkontrollen durchgeführt werden. Die Atemfunktion, der Wachheits- und Schmerzzustand müssen der Patient*innen kontinuierlich überwacht werden (DGAI & BDA 2011: 335). Eine Dokumentation folgender Parameter ist erforderlich (DGAI & BDA 2011: 119):

- „- kontinuierlich gemessene Sauerstoffsättigung;
- Herzfrequenz und -rhythmus;
- Blutdruck;
- Bewusstseinslage;
- Schmerzintensität [...]
- Blutverluste über liegende Drainagen;
- therapeutische Maßnahmen;
- übernehmende Person;
- Aufnahme- und Verlegungszeitpunkt,
- Verlegungsort.“

Die Patient*innen sind durch die Betäubungsverfahren und eventuell durch den Eingriff akut gefährdet und befinden sich in der sogenannten Erholungsphase. Hat sich der/die Anästhesist*in davon überzeugt, dass vitale Funktionen stabil wiederhergestellt sind, kann der/die Patient*in verlegt werden (DGAI & BDA 2011: 115).

Das Anästhesiepflegepersonal überwacht somit mehrere Patient*innen eigenständig, während ein/eine Ärzt*in nicht dauerhaft anwesend sein muss. Dieser/diese muss jedoch in Rufbereitschaft sein.

Im OP sind die Narkose- Ein- und Ausleitung, sowie die Narkoseführung ärztliche Tätigkeiten und nicht delegierbar (DGAI & BDA 2011: 61). Insbesondere bei der Ein- und Ausleitung muss entsprechend qualifiziertes Personal dem/der Ärzt/in assistieren und darf dabei keinen anderen Aufgaben nachgehen (BDAktuell/DGAInfo 2013: 1).

Dauert die intensive Überwachung im AWR länger als 6 Stunden, weil sich der/die Patient*in nicht erholt, muss eine sogenannte Intensivüberwachung eingeleitet werden, d.h. eine Weiterbehandlung auf einer speziell ausgestatteten Bettenstation. Ist die Gefährdung bedrohlich, muss eine Intensivbehandlung eingeleitet werden. Diese kann bereits im AWR beginnen und wird im weiteren Verlauf auf der *Intensivpflegestation* (IPS) fortgeführt. In solchen Fällen sind die Patient*innen

schwerstkrank, ihre Vitalwerte³ lebensbedrohlich gefährdet und können nur durch besondere Maßnahmen wiederhergestellt bzw. aufrechterhalten werden (DGAI & BDA 2011: 594).

Der demographische Wandel und die Weiterentwicklung der Notfallmedizin führen jedoch dazu, dass mehr Schwerkranke operiert werden und einer intensiveren Behandlung in den OP- und Aufwachraumeinheiten bedürfen (DGAI & BDA 2011: 334).

Die Fachgesellschaften schreiben dem AWR eine Stellwerkfunktion zu, da wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, wie z.B. die einer Reoperation oder, ob die Weiterbehandlung auf einer Normalstation oder Intensivüberwachung bzw. Intensivbehandlung erfolgen soll. Darüber hinaus hat der AWR eine Pufferfunktion, da intensivmedizinische Maßnahmen immer dann übernommen werden müssen, wenn die Intensivstationen nicht aufnahmefähig sind (DGAI & BDA 2011: 335).

Das durch die Fachgesellschaften beschriebene Aufgabenfeld im AWR inkludiert demnach neben der den ATAs erlaubten Intensivüberwachung darüber hinaus die Intensivbehandlung. Die ATAs müssen aber auch im OP Intensivpatient*innen betreuen, z.B: wenn diese reoperiert werden müssen oder schwerstkrank/verletzt aus der Notaufnahme kommen. Die Intensivbehandlung muss in diesem Fall im OP während der Operation fortgeführt werden. Das Anästhesiepflegepersonal führt also Intensivbehandlungen im OP, wie auch im AWR durch. Daraus ergibt sich für die ATAs ein Spannungsfeld, da die normativen Vorgaben (§9 Abs.1e ATA-OTAG) den Absolventen der ATA-Ausbildung die Arbeit auf der Intensivstation nicht erlauben.

Die I&A Facharbeiter haben in ihrer Ausbildung durch den Schwerpunkt auf die Intensivmedizin andere Voraussetzungen als die ATA. In der ATA-Ausbildung ist ein praktischer Einsatz auf der Intensivstation gesetzlich nicht vorgesehen. Es ist aber auch nicht explizit verboten. So ergibt sich die Frage, ob die Ausbildung zur ATA ausreicht, um dem beschriebenen Handlungsfeld gewachsen zu sein. Alle der in diesem Kapitel aufgezählten Tätigkeiten des AWRs müssen ebenfalls im OP beherrscht und angewendet werden. Ein Kompetenzschwerpunkt der

³ „Wahrnehmbare und prüf- oder messbare Lebensfunktionen eines Menschen, die Auskunft über lebenswichtige Körperfunktionen erteilen. Die wichtigsten Parameter sind Atmung, Herzfunktion über Pulsfrequenz und Blutdruck, sowie Körpertemperatur und Bewußtsein.“(Warmbrunn 2023: o.S.)

theoretischen Ausbildung ist den bedrohlichen Krisen- und Katastrophensituationen gewidmet. Er stellt sich wie folgt dar (Anlage 1, ATA-OTA-APrV):

- „erkennen frühzeitig lebensbedrohlicher Situationen, treffen erforderlicher Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltender Sofortmaßnahmen nach den geltenden Richtlinien bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein,
- wirken interprofessionell und interdisziplinär bei der weiteren Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersstufen mit,
- erkennen Notsituationen in ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen und wirken bei der Umsetzung von Notfall- und Katastrophenplänen mit,
- wirken in Not- und Katastrophensituationen bei der Versorgung gefährdeter Patientinnen und Patienten aller Altersstufen mit.“

Die ATA-Ausbildung inkludiert die Überwachung der Patient*innen und das Erkennen von Notfallsituationen, sie bereitet die Auszubildenden darauf vor, adäquat zu reagieren. Dennoch bleibt die Frage offen, ob die von den Fachgesellschaften beschriebenen Intensivbehandlungen auf Grund des veränderten Patientenkollektivs und der häufig belegten Intensivstationen die ATAs überfordert. Und: Haben die Kollegen*innen mit der I&A einen Vorteil, weil sie Pflegeexpert*innen sind? Ist Anästhesiepflege Pflege? Oder wird sie nur auf Grund der historischen Entwicklung so genannt? Im folgenden Kapitel werden die Begriffe Pflege und Pflegeverständnis beschrieben.

3.4 Was ist Pflege?

Der International Council of Nurses (ICN) definiert wie folgt:

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Menschen aller Altersstufen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“(DBfK: 1)

Pflege ist demnach eine selbstständige Tätigkeit. In § 4 des *Gesetzes über die Pflegeberufe* (PflBG) werden Tätigkeiten ausgewiesen, die vorbehaltlich nur von Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen ausgeführt werden dürfen. Diese sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarf, die Organisation

und Gestaltung des Pflegeprozess ⁴ und die Analyse, Evaluation und Sicherung der Qualität der Pflege.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht gibt es verschiedene Theorien und Definitionen von Pflege. Das Spezifische ist die Beziehung der Pflegenden zwischen Patient*innen und deren Umgebung, sowie die Herstellung einer kommunikativen Beziehung (Brandenburg / Dorschner 2014: 37).

4 Berufsforschung

Um zu klären, in welchem Wissenschaftsbereich eine Berufsbeschreibung verortet wird, werden zunächst die Begriffe Berufswissenschaft, die Berufsbildungswissenschaft und ihre Forschungsfelder betrachtet.

Die Berufswissenschaft beschäftigt sich mit dem Wissen und Können, das nötig ist, um einen Beruf erwerbsmäßig auszuüben. Die Erkenntnisse dienen der Analyse der Kompetenzentwicklung, sie beschreiben diese und beschäftigen sich mit der Förderung (Becker / Spöttl 2015: 17).

Die Berufsbildungsforschung wird von der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* (DFG) folgendermaßen eingegrenzt: „Bildungsforschung untersucht die Bedingungen, Abläufe, und Folgen des Erwerbs fachlicher Qualifikation sowie personaler und sozialer Einstellungen und Orientierungen, die für den Vollzug beruflich organisierter Arbeitsprozesse bedeutsam erscheinen.“ (DFG 1990: 1)

Die Beziehung der beiden Disziplinen beschreibt der Berufsbildungsforscher Felix Rauner. Er bezeichnet die Berufsforschung als Kernbereich der Berufsbildungsforschung, denn sie legt die Grundlagen der Entwicklung einer Berufs- und Ausbildungsverordnung. Das in einem Beruf inkorporierte Wissen und Können wird Bezugspunkt für die Berufs- und Curriculumentwicklung (Rauner 2018: 137).

Kenntnisse und Fertigkeiten, die zur Ausübung beruflicher Tätigkeiten nötig sind, werden als Qualifikation bezeichnet. Qualifikationen setzen sich in der vollständigen Arbeitshandlung um und verweisen damit auf den Zusammenhang von Planen, Ausführen und Bewerten beruflicher Arbeitsaufgaben. Sollen also Qualifikationsanforderungen ermittelt werden, so müssen die für einen Beruf charakteristischen Arbeitszusammenhänge beschrieben werden (Rauner / Hackel 2018: 337).

4 Pflegepraktisches Instrument, mit dem in 4-6 Teilschritten professionelle Pflegehandlungen organisiert und als Zyklus dargestellt werden (Bartholomeyczik 2022: o.S.)

Durch die Lernfeldorientierung der *Kultusminister Konferenz (KMK)* zur Entwicklung von Berufsbildungsplänen bekommt die domänenbezogene Qualifikations- und Berufsfeldforschung einen kräftigen Impuls (Rauner 2018: 137). Die Entwicklung von Ausbildungsplänen bzw. Curricula folgt damit nicht mehr einer Fächerorientierung, sondern richtet sich auf die Qualifikationsanforderungen und den durch Forschung ermittelten Arbeitshandlungen. Daraus ergibt sich ein Perspektivwechsel, denn nicht mehr das Verständnis einer fachwissenschaftlichen Theorie ist der Ausgangspunkt der Curriculumentwicklung, sondern die im beruflichen Handlungsfeld zu bewältigenden Aufgaben und Probleme. Ziel ist es, das Wissen zu ermitteln, welches Grundlage der Handlungsfähigkeit im Beruf ist. Dadurch sollte erreicht werden, dass sich Theorie und Praxis besser verzahnen (KMK 2021: 10).

Die Qualifikationsforschung kann also, so Rauner (2002), nicht einer einzigen Wissenschaft zugeordnet werden. Sie beschäftigt sich im Wesentlichen damit, einen Zusammenhang zwischen den in der Berufsarbeit inkorporierten Kompetenzen und der Entwicklung von Berufsbildern herzustellen. Inhalte, Ziele und Strukturen beruflicher Bildung werden mit ihrer Hilfe begründet. Bereits in den 1920er Jahren begann die Qualifikationsforschung mit ersten Arbeitsanalysen (Rauner 2002: 530).

Dieser Forschungsbereich ist die Voraussetzung zur Gestaltung von Berufsbildern und setzt die Auseinandersetzung mit Facharbeit und den dazugehörigen Geschäfts- und Arbeitsprozesswissen voraus (Kleiner et al. 2002: 20f.).

Dies sollte ein Schwerpunkt einer Berufsbildungsforschung sein, die der Bezugswissenschaft Berufspädagogik dient, implizite und explizite Lernformen auszugestalten (Becker / Spöttl 2015: 15f.). Bezieht sich die Forschung auf bestimmte Berufe und Arbeitsprozesse, so sind, so die Autoren, empirische Methoden empfehlenswert (Becker / Spöttl 2015: 22).

Im Folgenden werden diese Forschungsfelder in den Kontext des Forschungsinteresses der vorliegenden Arbeit gesetzt.

4.1 Arbeitsprozesswissen

Ein wesentliches Ziel der vorliegenden Studie liegt in der Erfassung des Arbeitsprozesswissen der Anästhesiepflege. Darauf wird in diesem Abschnitt eingegangen.

Arbeitsprozesswissen folgt aus der Reflexion von Arbeitserfahrungen und leitet die praktische Tätigkeit an. Es besteht aus kontextbezogenem, theoretischem und

kontextfreiem, praktischem Wissen (s. Abb. 1). Theoretisches Wissen wird nur dann dem Arbeitsprozesswissen zugeordnet, wenn es explizit, handlungsleitend und handlungserklärend ist. Das praktische Wissen ist implizit und subjektiv (Kleiner et al. 2002: 7f.).

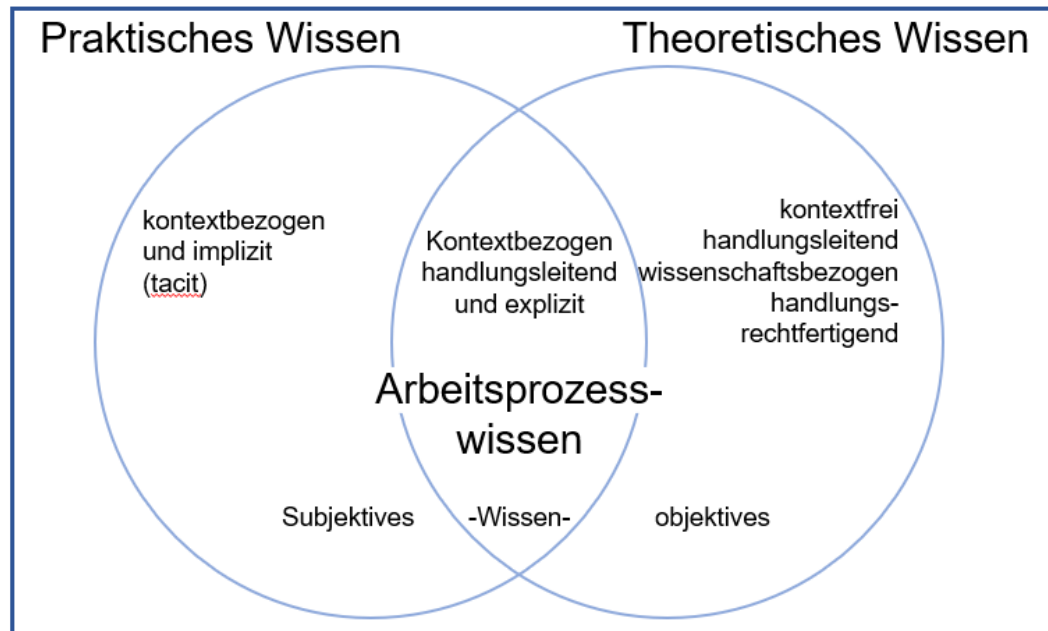


Abbildung 1: Arbeitsprozesswissen als der Zusammenhang von praktischem und theoretischem Wissen sowie von subjektivem und objektivem Wissen
Quelle Kleiner et al. 2002: 8

Berufliches Lernen vollzieht sich als fortschreitende und reflektierte Arbeitserfahrung. Eine neue Arbeitssituation trifft auf bereits vorhandene Erfahrungen, wird vom Lernenden bewertet und das Ergebnis dem Erfahrungsschatz hinzugefügt. Quasi automatisch kommt zu einer neuen subjektiven Bewertung. So entwickelt sich berufliches Wissen aus beständiger Reflexion, zu der auch der Erfahrungsaustausch gehört (Kleiner et al. 2002: 7f.).

Wie dieses Arbeitsprozesswissen methodisch erfasst werden kann, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

4.2 Methoden der Berufsbildungsforschung

Grundsätzlich stehen der Berufsbildungsforschung viele empirische Methoden zur Verfügung. Da es an einem relevanten Forschungsstand fehlt, versteht sich die vorliegende Arbeit als explorativ und geht mangels vorhandener Daten qualitativ vor, um einen realistischen Einblick in das Handlungsfeld zu erarbeiten. Eine wichtige Aufgabe der explorativen Forschung besteht darin, der Weg zu sein: „über den ein Forscher eine enge und umfassende Bekanntschaft mit einem Bereich des

sozialen Lebens herstellen kann, der ihm nicht vertraut und daher unbekannt ist.“
(Blumer 1973: 122 zit. in: Lamnek 1995: 102f)

Durch Fachinterviews lässt sich das Arbeitsprozesswissen bzw. die Beschreibung und Analyse von realen Arbeitsvollzügen erforschen. Handlungsorientierte Fachinterviews sind in den Arbeitsprozess eingebettet und erfassen die situierten Elemente der beruflichen Arbeit im besonderen Maße (Fischer 2018: 722), denn sie werden innerhalb der Arbeitsumgebung durchgeführt. Dabei soll auch der Arbeitsprozess vom Forschenden beobachtet werden, um das kontextgebundene Können der Expert*innen zu erfassen. Sollen Könnens- und Wissensmerkmale für die Bewältigung beruflicher Problemstellungen erschlossen werden, müssen Interviews über mehrere Tage geführt werden (Becker 2018: 731f.).

Für das Handlungsfeld Anästhesiepflege scheinen Fachinterviews jedoch aus mehreren Gründen ungeeignet. Die zu operierenden Menschen befinden sich in einer angespannten Situation. Sie sind nicht nur durch die Grunderkrankung, sondern auch durch ein gewisses Operationsrisiko psychisch belastet und bedürfen einer vertrauensvollen Atmosphäre. Diese würde durch die forschende Person und durch Gespräche gestört. Es drohen immer Narkose- und andere medizinische Zwischenfälle. In solchen Situationen stellt eine Interviewsituation einen Störfaktor dar. Daher sollen in der vorliegenden Arbeit EFWs durchgeführt werden. Dabei wird das Arbeitsprozesswissen von Fachkräften durch eine Analyse von beruflichen Arbeitsaufgaben erfasst. Dieser empirische Zugang bietet zudem gestaltungsorientierte Komponenten, auf deren Grundlage Curricula entwickelt werden können (Fischer 2018: 722).

Diese Vorgehensweise wird im Folgenden erläutert.

4.3 Konzept der Experten-Facharbeiter-Workshops

4.3.1 *Allgemeine Einführung in das Konzept*

Das Konzept der EFWs fußt auf Erfahrungen, die in den 1980er Jahren in Kanada mit dem Instrumentarium des Developing a Curriculum (DACUM) gemacht worden sind. Bob Norton, einer der Entwickler von DACUM, stellte fest, dass `Expert Workers can describe and define their job/ occupation more accurately than anyone else. (Norton 1997, zit. nach Spöttl: 740).

Felix Rauner und Georg Spöttl entwickelten in den 1990er Jahren in Deutschland ein Forschungskonzept, das den Grundgedanken der Experten-Facharbeit integrierte, um das Wissen und Können von Facharbeiter*innen zu erschließen. Durch

diese Expertise können die charakteristischen Zusammenhänge erfasst werden, um sie zum Gegenstand einer Curriculumgestaltung zu machen. Die ersten Überlegungen, das Fachwissen zu erschließen, bezogen sich auf den Kraftfahrzeug-Sektor (Spöttl 2018: 740).

Michael Kleiner, Felix Rauner, Michael Reinhold und Peter Röben veröffentlichen 2002 ihr weiterentwickeltes Konzept Curriculum - Design 1, Arbeitsaufgaben für eine moderne Beruflichkeit (Kleiner et al. 2002). Dieses Konzept ist die Arbeitsgrundlage, um das Berufsbild der ATA zu beschreiben und die Forschungsfrage zu beantworten.

Die erklärten Ziele der Autoren sind:

„Die Beschreibung der aktuellen Facharbeit in Form von beruflichen Arbeitsaufgaben und die Zuordnung der beruflichen Arbeitsaufgaben zu Lernbereichen, die an Stufen der Kompetenzentwicklung ausgerichtet ist.“ (Kleiner et al. 2002: 19)

Das erstgenannte Ziel ist die Ermittlung von beruflichen Arbeitsaufgaben. Das zweite Ziel ist es, die Arbeitsaufgaben konkreten Anforderungsstufen, sogenannten Lernbereichen zuzuordnen. Der Begriff des Lernbereiches wird im folgenden Kapitel näher erläutert.

4.3.2 Lernbereiche

Kleiner et al. (2002) orientieren sich bei ihrer Lernbereichsstruktur an der Entwicklung von Neulingen zur reflektierenden Meisterschaft von Patricia Benner (2000). Benner griff Forschungsergebnisse von Stuart und Hubert (Dreyfus / Dreyfus Hubert L. 1980) auf und entwickelte aufgrund ihrer Beobachtungen ein Modell des Kompetenzerwerbs in fünf Stufen: (Benner 2000: 35–57)

- Neuling / Noviz*in
- Fortgeschrittener Anfänger*in
- Kompetenter Akteur*in
- Professionelle*r
- Expert*in

Anfänger leiteten ihr Handeln von abstrakten Grundsätzen ab, um im Laufe der weiteren Entwicklung auf konkrete Erfahrungen zurückzugreifen. Die Wahrnehmung situativer Erfordernisse ändert sich zunehmend von einer Summe gleich wichtiger Einzelheiten hin zu einem vollständigen Ganzen. Aus der Beobachterrolle entwickeln sich Lernende immer mehr zum Handelnden (Benner 2000: 35).

Patricia Benner übertrug diese entwicklungslogische Kompetenzentwicklung auf die Pflege und bezieht sich auf das angewandte pflegerische Können in realen Situationen. Sie interviewte Pflegende mit unterschiedlich langer Berufserfahrung. Neulinge/Noviz*innen leiten ihr Handeln aus Regeln und Vorschriften ab. Um eine neue Situation zu beherrschen, werden die Noviz*innen über objektive Attribute und kontextfreie Regeln belehrt, an die sie sein/ihr Handeln ausrichten können. Das Handlungsrepertoire ist eingeschränkt und unflexibel. Diese Kompetenzstufe ist durch schulisch vermittelbare Grundsätze und Theorien erreichbar (Benner 2000: 43f.) Die fortgeschrittenen Anfänger*innen haben schon so viele Situationen bewältigt, dass sie die wiederkehrende Situationsmerkmale erkennen. Sie brauchen jedoch Unterstützung bei der Priorisierung ihrer Arbeit, da sie noch allgemeinen Richtlinien folgen und erst beginnen, sich wiederholende bedeutsame Muster zu erkennen (Benner 2000: 44).

Die kompetent Pflegenden befinden sich zwei bis drei Jahre im Beruf und haben Planungsfähigkeiten entwickelt. Erfahrene Pflegende erfassen Situationen als Ganzes. Benner beschreibt den Kompetenzzuwachs damit, dass Situationen nicht mehr durchdacht, sondern mit Hilfe der bereits gesammelten Erfahrungen erfasst werden. Expert*innen können ihr Handeln in jeder Situation intuitiv ableiten und müssen nicht mehr anhand von Regeln und Richtlinien vorgehen (Benner 2000: 44–50).

Die Entwicklung verläuft also von der regelgeleiteten zur intuitiv gesteuerten Problemlösung. Bei Expert*innen führen feste Regeln eher dazu, dass ihre Leistung abfällt. Die Brüder Dreyfus stellten fest, dass erfahrene Pilotenausbilder*innen Instrumente und Anzeigen erwartungsgemäß schneller überprüfen konnten als ihre Auszubildenden. Als sie die Überprüfung nach den Regeln, die sie selbst lehrten, durchführen sollten, fiel ihre Leistung jedoch ab. Schnellere und bessere Reaktionen erforderten ein gewisses Abweichen von starren Regeln (Benner 2000: 56).

Kleiner et al. folgen der beschriebenen Entwicklungslogik und differenzieren vier Lernbereiche (Kleiner et al. 2002: 25):

- „1. Lernbereich: Orientierungs- und Überblickswissen; in diesem Lernbereich werden berufsorientierende Arbeitsaufgaben unter Anleitung durchgeführt.
2. Lernbereich: Zusammenhangswissen; die systematischen Arbeitsaufgaben dieses Lernbereiches werden anhand von festen Regeln bearbeitet.
3. Lernbereich: Detail- und Funktionswissen; hier werden problembehaftete, spezielle Arbeitsaufgaben ausgeführt, die theoriegeleitet bearbeitet werden.
4. Lernbereich: Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen; die Bewältigung von nicht vorhersehbaren Aufgaben erfolgt erfahrungs- und theoriegeleitet.“

Die Arbeitsaufgaben des *ersten Lernbereichs* können bereits von Berufsanfängern bewältigt werden. Die Autoren gehen davon aus, dass die Auszubildenden zu Beginn der Ausbildung an berufsorientierende Arbeitsaufgaben herangeführt werden und sie so einen Überblick über die Arbeit im Beruf erlangen. Es entsteht ein Verständnis für Produktions- und Dienstleistungsprozesse. Diese ersten Arbeitsaufgaben werden bewältigt, indem Regeln, Vorschriften und Qualitätsstandards befolgt werden. Es entwickelt sich das Orientierungs- und Überblickswissen und erste Konturen des zu erlernenden Berufs aus einer professionellen Perspektive können erkannt werden. In dieser Phase bedarf es noch viel Anleitung von Auszubildenden und Lehrenden, es kommt jedoch bereits zu ersten kritischen Reflexionsprozessen. Die Auszubildenden erfahren, dass betriebliche Arbeitsprozesse durch unterschiedliche Anforderungen geprägt sind und nehmen sie als Teile der betrieblichen Entwicklungs- und Innovationsprozesse wahr. Arbeit und Technik werden so in ihrer Gestaltbarkeit erfahren (Rauner / Grollmann / Martens 2007: 8).

Im *zweiten Lernbereich* wird ein berufliches Zusammenhangswissen erworben, das es ermöglicht, Einzelaufgaben kontextbezogen und eingebettet in die systemische Struktur des Arbeitszusammenhangs auszuführen. Die Entwicklung einer beruflichen Identität beginnt (ebd.: 8).

Im *dritten Lernbereich* werden Auszubildenden die Fähigkeit entwickeln, problembehaftete und spezielle Arbeitsaufgaben zu bearbeiten. Der alleinige Rückgriff auf Regeln und Vorschriften reicht nicht mehr aus. Die Aufgaben enthalten neue Aspekte, auf die bereits erlernten Lösungs- und Bearbeitungsstrategien der bekannten Aufgaben nicht ausreichen. Die Auszubildenden müssen eine Aufgabe erst analysieren, um den Problemgehalt festzustellen und im Weiteren planvoll eine Lösung zu entwickeln. Es bedarf zusätzlichen fundierten theoretischen Wissens, ggf. spezieller handwerklicher Techniken sowie des Rückgriffs auf Erfahrungen. Zu der beruflichen Identität kommt die berufliche Verantwortung als Voraussetzung für Leistungsbereitschaft (intrinsische Motivation) und Qualitätsbewusstsein hinzu. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die Wahrnehmung von vollständigen Arbeitshandlungen in problematischen Arbeitszusammenhängen. Die empfundene Identität weist über das Unternehmen hinaus und ist ein Indiz für die Qualität und der Berufsausbildung (ebd.: 8).

Der *vierte Lernbereich*: Das annähernd professionelle Problembewusstsein für die Aufgaben der Facharbeit ist entwickelt und wird in dieser Kompetenzstufe im Umgang mit nicht-alltäglichen Situationen und Problemen durch weitere Arbeitserfahrungen erweitert. Nicht vorhersehbare Arbeitsaufgaben stellen hohe Ansprüche an

die Auszubildenden, die nur bewältigt werden können, wenn sie durch Rückgriff auf Erfahrungen antizipiert werden. Fachtheoretisches Wissen, praktisches Können und Intuition werden benötigt. Aus der reflektierten Fachlichkeit und der fachsystematischen Kompetenz entwickelt sich die Studierfähigkeit (Rauner / Grollmann / Martens 2007: 8).

In der folgenden Abbildung 2 werden die Lernbereiche übersichtlich dargestellt:





| | Lernbereiche | | Aufgabenbereiche |
|--|---|--|--|
|  | Orientierungs- und Überblickswissen | Worum es in dem Beruf in der Hauptsache geht | Berufsorientierte Arbeitsaufgaben |
|  | Zusammenhangsgewissen | Wie und warum die Dinge so und nicht anders zusammenhängen | Systematische Arbeitsaufgaben |
|  | Detail- und Funktionswissen | Worauf es in der Facharbeit im Einzelnen ankommt und wie die Dinge funktionieren | Problembehaftete spezielle Arbeitsaufgaben |
|  | Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen | Wie sich die Dinge fachsystematisch erklären und Probleme situativ lösen lassen | Nicht vorhersehbare Arbeitsaufgaben |

Abbildung 2: Struktur der Lernbereiche
Quelle: Kleiner et al. 2002: 32

4.3.3 Annahmen des Konzepts

Folgende Voraussetzungen werden von Kleiner et al. (2002: 22) für einen Experten-Facharbeiter-Workshop formuliert:

- Die aktuelle Facharbeit kann aus den EFWs erarbeiteten Arbeitsaufgaben abgebildet und den Lernbereichen zugeordnet werden.
- Die Expert*innen der Facharbeit sind aufgrund ihrer Qualifikation geeignet, die Arbeitsaufgaben zu identifizieren.
- Aus den Ergebnissen können vollständige Berufsbilder entwickelt und darüber hinaus Entwicklungsaufgaben formuliert werden, die eine Schlüssel-funktion zum Erlernen des Berufes darstellen.

In dem Modellversuch *Geschäfts- und arbeitsplatzorientierte Berufsbildung (GAB)* wurden die EFWs angewendet. Der vom BIBB geförderte und begleitete Versuch hatte zum Ziel, das Lernen in Arbeitsprozessen nicht dem Zufall zu überlassen, sondern es systematisch, konzeptionell und methodisch fundiert zu gestalten. Insbesondere zielten die Forscher*innen darauf ab, die Ausbildungsinhalte aus der Ableitung der realen Facharbeit zu erreichen. In fünf verschiedenen Industrieberufen sollte die Qualifizierung vom/von Anfänger*in zum/zur Expert*in anhand eines

entwicklungslogischen Konzepts erfolgen. Die Ableitung der beruflichen Arbeitsaufgaben erfolgte in 30 EFWs, die ausgewertet wurden. Die Anzahl der BAG, die erarbeitet wurden, um ein Berufsbild zu beschreiben, war 15-20 (Schemme 2018: 630–634). Kleiner et al. empfehlen als Richtwert eine Obergrenze von 20 und als Untergrenze 12- 15 BAG (Kleiner et al. 2002: 29f.).

Im folgenden Abschnitt werden die BAG begrifflich eingegrenzt.

4.3.4 Berufliche Arbeitsaufgaben

Der Begriff der beruflichen Arbeitsaufgaben wurde von Kleiner et al. wie folgt bestimmt:

„Berufliche Arbeitsaufgaben, im Sinne des Konzeptes der Experten-Facharbeiter-Workshops, beschreiben die konkrete Facharbeit anhand von sinnvermittelnden Arbeitszusammenhängen und charakteristischen Aufträgen, die für den Beruf typisch sind und die eine vollständige Handlung umfassen. Mit dieser Definition können berufliche Arbeitsaufgaben in zweifacher Hinsicht abgegrenzt werden.“ (Kleiner et al. 2002: 23)

Eine vollständige Handlung ist eine Verlaufsstruktur, die von der Aufgabenbestimmung, Planung, Durchführung, Kontrolle und Bewertung reicht. Diese Eingrenzung werden die Attribute sinnvermittelnd und charakteristisch zugeordnet. Eine Aufgabe soll demnach ein Ziel verfolgen und typisch für den Beruf sein. Der Sinn, die Bedeutung und Funktion sollen durch die Beschreibung der Aufgabe klar sein. Der Umfang geht über eine kleine Tätigkeit, wie z.B. das Feilen eines Winkels, hinaus. Objektives Wissen, also das allgemeingültige, personenungebundene, kontextunabhängige Wissen und das Arbeitsprozesswissen fließen in eine Arbeitsaufgabe ein (s. Abb. 3) und die eigenständige Bewältigung derselben bedeutet ein zu erreichendes Ziel für die Auszubildenden (Kleiner et al. 2002: 26)

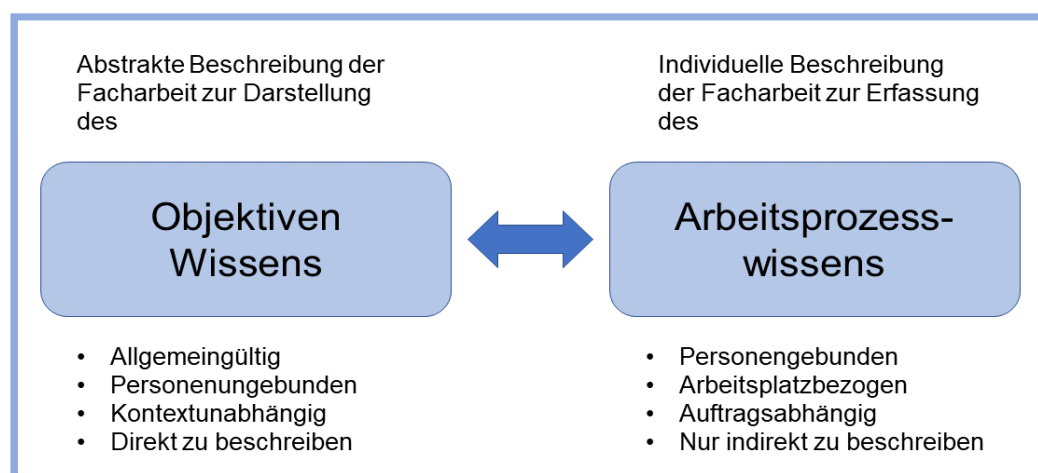


Abbildung 3: *Gesamte berufliche Handlungskompetenz aus objektivem Wissen und Arbeitsprozesswissen*
Quelle: Kleiner et al. 2002:26

4.3.5 Stationen der beruflichen Entwicklung

Für ein vertieftes Verständnis der beruflichen Arbeitsaufgaben ist es wichtig, die Stationen der beruflichen Entwicklung der Teilnehmer*innen der EFWs zu erfassen. Sie beziehen sich auf einen konkreten betrieblichen Arbeitsplatz und sind demnach an persönliche Erfahrungen gebunden. Kennzeichnend ist, dass sie für den individuellen Werdegang bedeutend sind bzw., dass sie für die eine bestimmte Station der beruflichen Entwicklung herausfordernd und qualifizierend waren (Kleiner et al. 2002: 24).

5. Ablaufbeschreibung der EFWs

5.1 Auswahl der Teilnehmer*innen

Die Teilnehmer*innen der EFWs sollen die Facharbeit im Wesentlichen ausführen. Es ist keine berufsbezogene Ausbildung gefordert, wenngleich diese von großem Vorteil ist. Die Teilnehmer*innen sollten die Ausbildung abgeschlossen haben, da lediglich ein Überblickswissen (aus dem Lernbereich 1) nicht ausreichend ist. Gegenseitige Abhängigkeitsverhältnisse der Teilnehmer*innen sollten vermieden werden. Direkte Vorgesetzte sollten den Workshops nicht beiwohnen. Die Expert*innen sollten über hinreichende Berufserfahrung verfügen, wobei nicht eingegrenzt ist, was dies präzise bedeutet. Weitere Bedingungen könnten, müssten aber nicht vollständig erfüllt sein (Kleiner et al. 2002: 41):

„Sie haben sich in ihrem Berufsfeld kontinuierlich weitergebildet.
Sie arbeiten an technologisch fortgeschrittenen Arbeitsplätzen.
Die Aufgaben ihrer Facharbeit sind komplex und erneuern sich ständig.
In ihrem Aufgabenbereich besitzen die Experten der Facharbeit weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten.“

Letztlich müssen die Moderator*innen des Workshops die Auswahl der Teilnehmer*innen treffen. Kleiner et al. empfehlen 10–16 Personen für die Durchführung eines Workshops und einen zeitlichen Umfang von 2 Tagen (Kleiner et al. 2002: 42).

5.2 Anforderungsprofil Moderator*innen

Auch an die Moderator*innen werden besondere Anforderungen gestellt, sie sollen eine neutrale Rolle übernehmen und das Geschehen im Workshop nicht inhaltlich

beeinflussen. Sie sollen vermeiden, dass Aussagen während des Workshops zur Beurteilung der Teilnehmer*innen verwendet werden. Die Zusicherung der Anonymität und Datensicherheit ist von größter Bedeutung. Die Moderator*innen sollten Fachkenntnisse im untersuchten Beruf haben. Im Idealfall haben sie selbst eine Ausbildung im Berufsfeld absolviert. Zu den Fachkenntnissen gehören Kenntnisse aktueller Trends und zukünftiger Perspektiven im untersuchten Beruf. Sie sollten darüber hinaus Erfahrungen mit der Leitung von Diskussionen haben, Gruppenprozesse steuern können und Fachwissen über den Untersuchungsschwerpunkt haben. Dennoch sind Moderator*innen nicht die Leiter*innen der Workshops, sondern sie schaffen den Rahmen, in dem die Teilnehmer*innen aktiv werden. Im Verlauf des Workshops wechseln Einzel-, Team- und Plenumsarbeiten ab, so dass die Teilnehmer*innen diejenigen sind, die die Ergebnisse entwickeln. Moderator*innen visualisieren die Diskussionsprozesse wie auch die Ergebnisse der jeweiligen Arbeitsschritte und ermöglichen so sachliches und systematisches Arbeiten. Moderator*innen stellen sicher, dass alle Teilnehmer*innen die Chance haben, ihr Wissen und Können in die Ergebnisse einfließen zu lassen. Im Idealfall betreuen zwei Moderator*innen einen Workshop, wobei die zweite Person nicht unbedingt vertiefte Fachkenntnis vom Beruf haben muss (Kleiner et al. 2002: 38–40).

5.3 Ablauf

Der Ablauf wird in fünf Phasen gegliedert:

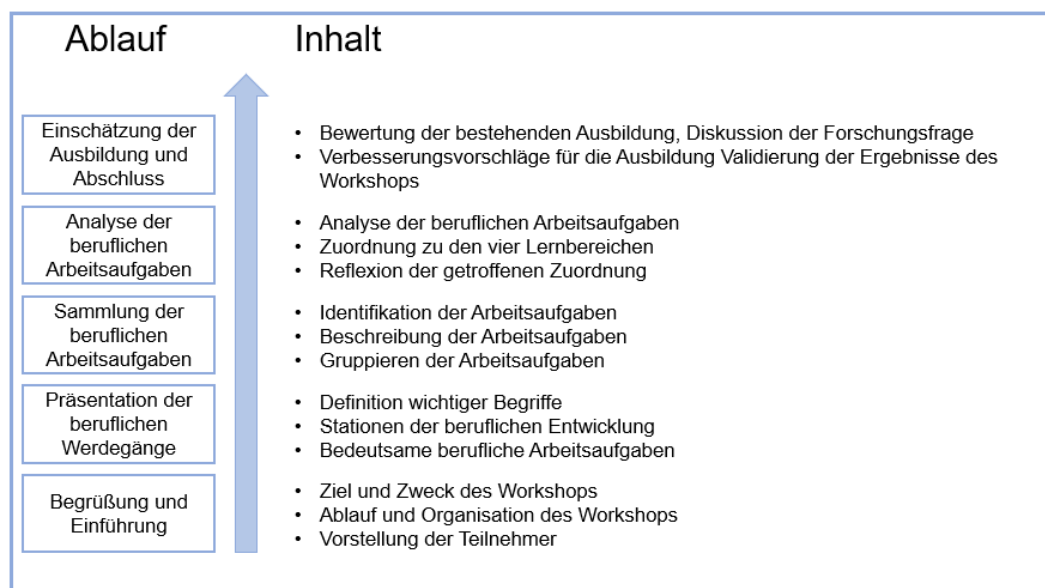


Abbildung 4: Ablauf und Inhalt der Experten-Facharbeiter Workshop
Quelle: Kleiner et al. 2002:26

Den Teilnehmer*innen werden Ziel und Zweck des EFW beschrieben. Die Ergebnisse könnten zur Verbesserung der Ausbildung dienen. Auch die Grundannahmen des EFW werden erklärt, sowie die Begriffe „berufliche Arbeitsaufgaben“ und „Stationen der beruflichen Entwicklung“ (Kleiner et al. 2002: 47).

Zunächst soll der individuelle Werdegang der Teilnehmer*innen in Einzelarbeit erfasst werden, um nicht ausschließlich die aktuellen beruflichen Arbeitsaufgaben zu erfassen. Die Aufgaben, die für sie von ihrer Entwicklung von dem/der Noviz*in bis zum/zur Expert*in entscheidend waren, sollen beschrieben werden, damit der biografische Umfang abgebildet werden kann. Dies ist entscheidend, da die entwicklungslogischen Schritte für die Gestaltung der Ausbildung relevant sind (Kleiner et al. 2002: 29). Konkret werden die Teilnehmer*innen aufgefordert, sich daran zu erinnern, welche Arbeitsaufgaben in ihrer persönlichen Entwicklung eine bedeutende Rolle gespielt haben, weil sie besonders herausfordernd waren oder sie besonders qualifiziert haben (Kleiner et al. 2002: 28). Das entsprechende Arbeitsblatt befindet sich im Anhang 1.

Ist dieser Arbeitsschritt beendet, finden sich die Teilnehmer*innen in Kleingruppen zusammen und diskutieren auf Basis der individuellen Arbeitsaufgaben, die sie beschrieben haben, welche identischen Elemente und Gemeinsamkeiten zu finden sind. Nichtidentisches wird auf Relevanz für den Beruf geprüft und diskutiert, ob es dem Berufsbild zugerechnet werden muss. Auch die individuellen Aufgaben, denen keine Bedeutung für den Werdegang zugeschrieben werden konnten, müssen auf eine Bedeutung für den Beruf geprüft werden (Kleiner et al. 2002: 29).

Die ausgewählten Aufgaben sollen so ausführlich beschrieben werden, dass ein umfassender Eindruck der beruflichen Praxis entsteht. Sie erhalten Überschriften und ihnen werden Teilaufgaben bzw. Unteraufgaben zugeordnet. Die Moderator*in achtet auf ein sinnvolles Abstraktionsniveau bereits dadurch, dass die Anzahl der Aufgaben auf 10 bis 20 beschränkt wird. Die Ergebnisse werden in ein Arbeitsblatt (Anhang 2) und zusätzlich in Stichworten auf Metaplankarten festgehalten (Kleiner et al. 2002: 53f.).

Die Konsensfindung folgt einem festen Ablaufschema: Die Kleingruppen beginnen mit den Aufgaben, die alle Teilnehmer*innen beschrieben haben, fahren mit den Aufgaben, die nur einige erwähnt haben, fort und schließlich folgen die Aufgaben, die niemand erwähnt hat, da sie womöglich selten vorkommen (Kleiner et al. 2002: 54f.).

Im Plenum stellen die Kleingruppen nun ihre Aufgaben abwechselnd vor und diskutieren, ob ähnliche Aufgaben zusammengefasst oder zu umfangreiche aufgeteilt werden sollen. Minderheitenmeinungen und Scheinkompromisse sollten von Forschenden wahrgenommen und dokumentiert werden. Die so ermittelten charakteristischen Arbeitsaufgaben müssen vom Plenum auf einer Metaplanwand validiert und kontrolliert werden. Dabei solle die/der Moderator*in kritisch hinterfragen und evtl. korrigieren. Zudem muss der Abstraktionsgrad festgestellt werden, damit nicht wenige übergeordnete oder kleine Teilaufgaben beschrieben werden. Sind diese Prozesse abgeschlossen, ist ein erstes Ziel des EFW erreicht. Die charakteristischen Arbeitsaufgaben der Facharbeit sind beschrieben und mit Titel versehen (Kleiner et al. 2002: 55–57).

Um das zweite Ziel, die Zuordnung zu den Lernbereichen zu erreichen, ordnen die Teilnehmer*innen in Kleingruppen jeder Arbeitsaufgabe eine den jeweiligen Lernbereich charakterisierende These zu. Diese Thesen wurden von Kleinert et al. entwickelt (Kleiner et al. 2002:1f) und sind Gegenstand des Fragebogens *Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben* (Anhang 3) Die These, dass eine bestimmte berufliche Arbeitsaufgabe bereits von einem/einer Anfänger*in bewältigt werden kann und einen Überblick über den Beruf gibt, charakterisiert z.B. den 1. Lernbereich. Eine didaktische Erklärung der Lernbereiche ist nicht notwendig, da die Teilnehmer*innen als Expert*innen der Facharbeit befragt werden und nicht als Expert*innen der Ausbildung. Der Fragebogen hat 12 und bei einem begrenztem Zeitrahmen acht Thesen, die den beruflichen Aufgaben zugeordnet werden sollen (Kleiner et al. 2002: 58). Der Auswahlprozess, welche Thesen verwendet werden, wird in Anhang 4 dargestellt und im Weiteren der Forschungsarbeit erläutert.

Nachdem die Teilnehmer*innen ihre Zuordnungen in Kleingruppen abgeschlossen haben, wird im Plenum durch Abgleich und Diskussion ein Konsens erarbeitet, bei dem auf einer Metaplanwand die vier Lernbereiche mit den zugeordneten Arbeitsaufgaben ein erstes Ergebnis darstellen. Auch hier sollen sie ihre Arbeit validieren und überprüfen (Kleiner et al. 2002: 59f.).

In einer abschließenden Gruppendiskussion sollen sie aus ihrer Perspektive der Facharbeit die aktuelle Ausbildung und die Auszubildenden einschätzen. Was können Auszubildende, was nicht? Was sollte verbessert werden (Kleiner et al. 2002: 61)? An dieser Stelle sind konkrete Fragen zum AWR möglich.

Zum Abschluss werden die Teilnehmer*innen gebeten, Rückmeldungen zum Verlauf und Inhalt des Workshops zu geben. Wurden grundlegende Fragestellungen der Facharbeit nicht berücksichtigt? Eine Einschätzung der Ergebnisse durch ein Gruppengespräch oder Einzelabfrage sollte sowohl von den Teilnehmer*innen als auch von dem/der Moderator*in gegeben werden, der/die auch einen Ausblick auf die Auswertung gibt. Werden mehrere Workshops durchgeführt, so müssen die Ergebnisse zusammengefasst werden (Kleiner et al. 2002: 62).

5.4 Auswertung und Validierung

Die Aufgaben mehrerer EFWs werden zusammengeführt. Es sollte zunächst reflektiert werden, ob die Teilnehmer*innen alle Voraussetzungen erfüllen und ob es wesentliche Unterschiede bei der technischen Ausstattung der Arbeitsstätten gibt. Der gesamte Ablauf sollte noch einmal von dem/der Moderator*in reflektiert werden, um Unstimmigkeiten in den Diskussionen in die Auswertung einfließen zu lassen. Ein während des Workshops geführtes Protokoll und das Feedback der Teilnehmer*innen bieten sich hierfür an (Kleiner et al. 2002: 63). Mit Hilfe dieser Reflexion können nun die entwickelten Arbeitsaufgaben dem Ablauf des Workshops folgend nachvollzogen und schließlich mit den Ergebnissen anderer Workshops zusammengefasst werden. Darauf folgt eine ausführliche Formulierung der Arbeitsaufgaben (Kleiner et al. 2002: 65). Der beschriebene Prozess wird in folgender Abbildung dargestellt:

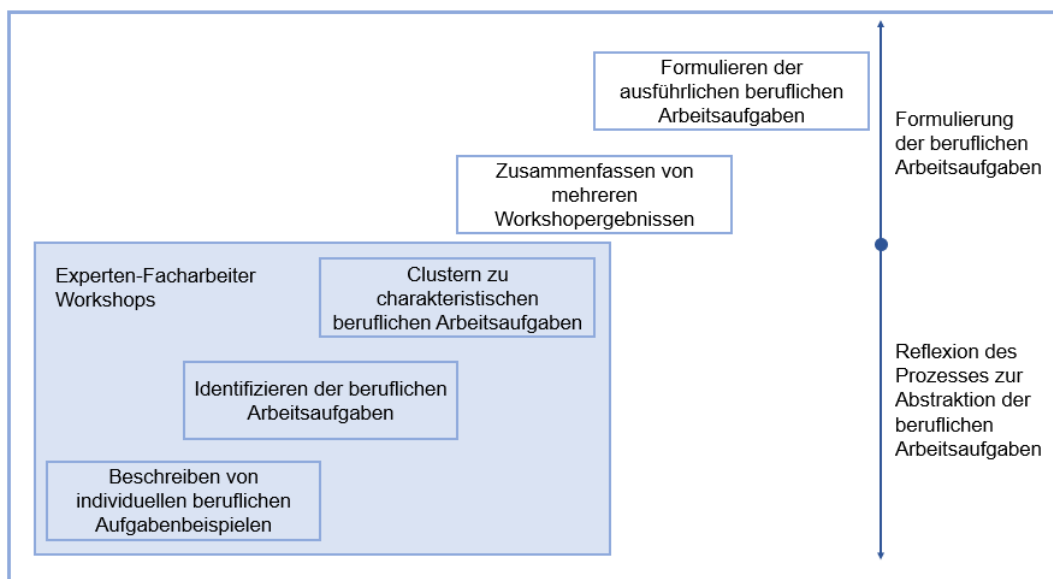


Abbildung 5: Prozess zur Formulierung der beruflichen Arbeitsaufgaben
Quelle: Kleiner et al. 2002: 65

Um das zweite Ziel des EFWs zu erreichen, müssen die ausformulierten Arbeitsaufgaben den vier Lernbereichen zugeordnet werden. Dabei werden alle Arbeitsschritte des Workshops berücksichtigt: die zu Beginn als besonders herausfordernd und qualifizierend beschriebenen Aufgaben (Arbeitsblatt, Individueller beruflicher Werdegang), die Ergebnisse des Fragebogens (Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben), die Ergebnisse der Plenumsdiskussion und der Abgleich der verschiedenen Workshops fließen ein.

Schließlich werden die Ergebnisse durch eine interne und externe Validierung überprüft. Die Teilnehmer*innen der Workshops führen die interne, Vertreter*innen mit fundierten Kenntnissen des untersuchten Berufs wie z.B. Berufswissenschaftler*innen, Arbeitgeber*innen- und Arbeitnehmer*innen-vertretungen sowie Ausbilder*innen und Lehrer*innen an berufsbildenden Schulen die externe Validierung durch. Hierzu werden Fragebögen entwickelt, die durch die Items „Schwierigkeit, Häufigkeit und Bedeutung“ jede berufliche Arbeitsaufgabe beurteilen lassen (Kleiner et al. 2002: 73–75). Die externe Validierung wird aufgrund des begrenzten Zeitrahmens in dem vorliegenden Forschungsprojekt nicht durchgeführt.

5.5 Erstellung des Berufsbildes

Nun kann der Beruf beschrieben werden. Die Beschreibung ist folgendermaßen gegliedert (Kleiner et al. 2002: 79):

- „Berufsbezeichnung
- Einordnung des Berufes in ein Berufsfeld, eine Berufsgruppe oder einen Beschäftigungssektor
- Beschreibung des beruflichen Aufgabenspektrums und der beruflichen Anwendungsfelder
- Beschreibung der Qualifikationen, über die der berufliche Ausgebildete verfügt Besondere berufsspezifische Fähigkeiten und Qualifikationsanforderungen“

Die Qualifikationsanforderungen sind jene Kenntnisse und Fähigkeiten, die zur Ausübung eines Berufes benötigt werden. Diese ergeben sich zum einen aus der Aufgabenanalyse und zum anderen aus der Definition des Qualifikationsniveaus, das durch die Ausbildung erreicht werden soll. Dabei handelt es sich um normative Entscheidungen, die in den Ausbildungszielen der jeweiligen Berufsgesetze zum Ausdruck kommen. Besondere berufsspezifische Fähigkeiten und Qualifikationsanforderungen sind solche, die einen Beruf besonders auszeichnen, z.B. wenn damit eine besondere Gefährdung einhergeht (Kleiner et al. 2002: 79f.).

6. Übertragung des Konzepts auf die ATA

Die beschriebene Methode wurde im Bereich der dualen Ausbildung der technischen und Handwerksberufe entwickelt, so dass eine Übertragbarkeit auf den neuen Gesundheitsberuf der ATA geprüft werden sollte. Dazu wurde ein Pretest durchgeführt, der im folgenden Kapitel beschrieben wird.

6.1 Der Pretest

Auch um einen sicheren Umgang mit der beschriebenen Workshopmethode zu erlangen, wurde ein Pretest durchgeführt.

Dafür wurden die im DBVSA organisierten 48 ATA- Schulen in Deutschland angeschrieben und die Mitglieder*innen eingeladen, am Vorabend des jährlichen Verbandstreffens an einem EFW teilzunehmen (Anhang 5). Da die Resonanz mit 3 Anmeldungen sehr schwach war, wurde die Möglichkeit einer online Teilnahme geschaffen. Da viele Teilnehmer*innen erst am späten Abend anreisen konnten, wurde ihnen die Erfassung des individuellen beruflichen Werdegangs als vorbereitende Aufgabe zugesendet. (bestehend aus dem Arbeitsblatt 1 und einem Teil der PPT⁵ siehe Anhang 6) Schließlich nahmen von acht angemeldeten Interessierten eine Person in Präsenz und eine über eine Videoplattform teil. Beide haben die I&A Fachweiterbildung und betreuen die ATA-Auszubildenden im OP. Bedingt durch schlechtes Wetter mussten einige absagen, von denen aber eine Person ihren individuellen beruflichen Werdegang zur Verfügung gestellt hat.

Die Aufgabenstellung dazu wurde von den beiden Teilnehmern*innen nicht gut verstanden, so dass die Moderatorin diese erneut erklären und weitere Zeit hierfür zur Verfügung gestellt werden musste. Eine zweite Person zur Moderation stand nicht zur Verfügung, so dass die Forscherin die Moderation übernehmen musste. Es wurden handschriftliche Protokollnotizen gemacht.

Schließlich konnte erst um 19:00 Uhr begonnen werden, so dass auf manche Aspekte verzichtet werden musste, auf die im Text hingewiesen wird.

Der Prozess und die Ergebnissicherung werden im folgenden Kapitel dargestellt.

6.1.1 Ergebnisse der biographischen Arbeit

Mit Hilfe der Arbeitsblätter zu den Stationen des beruflichen Werdegangs und den Notizen, die während der Vorstellung der Biografien von der Moderatorin gemacht

⁵ Abkürzungen für Power Point Präsentation, wurde für den Pretest und den Workshop erstellt. Die ersten 7 Folien wurden den Pretest-Teilnehmer*innen zugesendet.

wurden, ergab sich untenstehende Übersicht. Aus Zeitmangel wurde bei der Vorstellung auf die Einordnung in schwierig oder nicht schwierig verzichtet. Eine Clustering der Aufgaben war möglich, da die Teilnehmer*innen auch gleichartige Aufgaben beschrieben haben.

Tabelle 2 Ergebnisse biographische Arbeit aus dem Pretest

| Stationen des beruflichen Werdegangs | Aufgaben |
|--------------------------------------|--|
| Einleitung | Vorbereitung der Materialien <ul style="list-style-type: none"> • Infusionen • Medikamente • Zugänge Atemwegsmanagement Kommunikation mit Patient*innen mit dem Ziel der Angstreduktion Dokumentation Narkoseausleitung Wiederaufbereitung der Einleitung |
| Schockraum | Kontrolle des Arbeitsplatzes Standardisierte Arbeitsabläufe kennen Übernahme des/der Patient*in Transport Organisation der Verlegung in den OP oder die Intensivstation |
| Schmerzdienst | Medikamente kennen und verabreichen Schmerzassessment Schmerzvisite Schmerzpumpen |
| Sectio- Saal | Besonderheiten der Schwangeren kennen Regionalanästhesie |
| Hygiene | Persönliche Schutzausrüstung Hände- und Hauthygiene Steriles Auspacken der Materialien (Peel-off) Beachten der Ablaufdaten |
| Praxisanleitung | Bedarf eines/einer Auszubildenden erkennen Anleitung vorbereiten Lernziele formulieren Anleitung evaluieren |
| Aufwachraum | Vor- und Nachbereitung des AWR Patient*innenüberwachung Verlegungsmanagement Interprofessionelle Kommunikation (OP- Koordinator*in, Anästhesieleitung und Anästhesist*in) Begleitung Angehöriger und Kinder Dokumentation |
| Ressourcenmanagement | Vorbereitung für den nächsten Dienst: <ul style="list-style-type: none"> • Narkosegeräte • Medikamente • Narkosematerialien Bestellwesen Hygienemanagement Pausenmanagement |

Quelle

Eigene Darstellung

Die individuellen beruflichen Arbeitsaufgaben der Teilnehmerin, die ihre Ergebnisse zugesendet hatte, aber nicht teilnehmen konnte, wurden von der Moderatorin vorgelesen. Es wurde diskutiert, welche Aufgaben übernommen werden könnten, welche nicht. Fast alle wurden akzeptiert und flossen in die gemeinsame Ergebnisliste ein. Lediglich die auf den Pflegeprozess und der Pflegeplanung bezogene Aufgabe wurde abgelehnt. Diese seien für das Handlungsfeld der Anästhesie nicht relevant (Protokollnotiz)⁶.

6.1.2 Darstellung und Entwicklung der beruflichen Arbeitsaufgaben

Die beiden Teilnehmer*innen stellten ihre Aufgaben abwechselnd vor und diskutierten darüber. Die konsentierten Ergebnisse wurden der Moderatorin diktiert. Diese übertrug sie in ein Padlet[®]⁷, welches von dem Online- und der Präsenz-Teilnehmenden einzusehen war (Anhang 7).

Um diesen Prozess von der Ebene der individuellen Arbeitsaufgaben zur charakteristischen Arbeitsaufgabe nachvollziehen zu können, werden beide in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 3 Prozess der Aufgabenentwicklung aus dem Pretest

| Nr. | Titel Padlet® Charakteristische berufliche Arbeitsaufgaben | Teilaufgaben Padlet® Charakteristische berufliche Arbeitsaufgaben | Individuelle berufliche Arbeitsaufgaben |
|-----|---|--|--|
| 1 | Assistenz bei der Vor- und Nachbereitung / Einleitung Allgemein- und Regionalanästhesie | Vorbereitung der <ul style="list-style-type: none"> • Patient*innen • Medikamente • Geräte • Materialien Unter Beachtung hygienischer Richtlinien Dokumentation Wiederaufbereitung | Vorbereitung der Materialien <ul style="list-style-type: none"> • Infusionen • Medikamente • Zugänge Atemwegsmanagement Kommunikation mit Patient*innen mit dem Ziel der Angstreduktion Dokumentation Narkoseausleitung Wiederaufbereitung der Einleitung |

⁶ Bezieht sich auf handschriftliche Protokolle während des Workshops

⁷ Ein Padlet[®] ist eine digitale Pinnwand auf der kollaborativ Texte, Bilder und andere Dateien abgelegt werden können.

| | | | |
|---|--|--|---|
| 2 | Durchführung und Überwachung der Narkose | Prophylaxen <ul style="list-style-type: none"> • Lagerung • Augen • Kontrakturen • Pneumonie Vitalzeichen Selbstständige Überwachung der medikamentösen Therapie und Laborwerte (BGA) | |
| 3 | Ausleitung | Einschätzung der Vigilanz Medikamentenüberhang Augenschutz und Temperatursonde entfernen | |
| 4 | Patiententransport (auch instabiler Patient*innen) | Vom OP in den AWR Vom OP in das CT Vom Schockraum in den OP, CT, Intensivstation Vorbereitung aller Materialien (Medikament, Geräte) | |
| 5 | Psychosoziale Betreuung | Erkennen der psychischen Verfassung (Angst vor dem Ausgang der OP oder des nicht wieder Erwachens) | |
| 6 | Hygiene | Persönliche Hygiene Aseptisches Arbeiten Wiederaufbereitung von Materialien und Flächen Auch in kritischen Situationen | Persönliche Schutzausrüstung Hände- und Hauthygiene Steriles Auspacken der Materialien (Peel-off) Beachten der Ablaufdaten |
| 7 | Anästhesiepflege in Fachbereichen eines Grund und Regelkrankenhauses | Anästhesie in der: Bauchchirurgie Gynäkologie Urologie Unfallschirurgie Orthopädie | |
| 8 | Anästhesiepflege in speziellen Fachbereichen | Anästhesie in der: Herzchirurgie (Extrakorporale Zirkulation) Thoraxchirurgie (Doppellumentubus) Kindechirurgie (incl. Frühgeborene) Neurochirurgie | |
| 9 | Interventionelle Funktionsbereiche | Anästhesie in der Radiologie (Magnettomographie und CT) Angiologie Bronchoskopie | |

| | | | |
|----|---------------------|--|--|
| 10 | Schockraum | Verantwortliches Arbeiten in lebensbedrohlichen Krisen, Reanimation | Kontrolle des Arbeitsplatzes Standardisierte Arbeitsabläufe kennen Übernahme Patient*in Transport Patient*in Organisation der Verlegung in den OP oder die Intensivstation |
| 11 | Schmerztherapie | Postinterventionelle Schmerztherapie Pharmakologische Kenntnisse Schmerzerfassung | Medikamente kennen und verabreichen Schmerz-Assessment Schmerzvisite Schmerzpumpen |
| 12 | Patientensicherheit | Abfragen nach Checkliste Team Timeout Gerätecheck Beherrschen von Skores (GCS) Kommunikation z.B. close loop communication | |
| 13 | Aufwachraum | Postanästhesiologische Überwachung Schmerz-Assessment Entscheidung, wann Arzt hinzugezogen wird Versorgung mehrerer Patient*innen Intensivbehandlung | Vor- und Nachbereitung des AWR Patientenüberwachung Verlegungsmanagement Interprofessionelle Kommunikation (OP- Koordinator*in, Anästhesieleitung und Anästhesist*in) Begleitung Angehöriger und Kinder Dokumentation |
| 14 | Holding | Annahme der Patient*innen der Station Vorbereitung (siehe Aufgabe 1, ohne Intubation) | |
| 15 | Kreißsaal | Geburtshilfe Sectios | Besonderheiten der Schwangeren kennen Regionalanästhesie |
| 16 | Organisatorisches | Material bestellen einräumen | |
| 17 | Anleitung | Neue Mitarbeiter Auszubildende | Bedarf eines/einer Auszubildenden erkennen Anleitung vorbereiten Lernziele formulieren Anleitung evaluieren |

Quelle Eigene Darstellung

Die Zuordnung der Arbeitsaufgaben zu den Lernfeldern gelang mit dieser Methode allerdings nicht und musste abgebrochen werden. Zunächst versuchten die Teilnehmer*innen mithilfe der Thesen die typischen Arbeitsaufgaben den Lern-

bereichen zuzuordnen. Dazu wurden für den Pretest 8 Thesen ausgewählt. Die Übersicht aller Thesen und die begründete Auswahl befinden sich im Anhang 4. Die vorgegebenen Thesen stellten die Teilnehmer*innen aber vor Verständnis- bzw. Transferprobleme. Zum Beispiel wurde die These „Bei der Ausführung dieser Aufgabe kann ein Überblick über den Beruf vermittelt werden“ als unpassend abgelehnt. Der Beruf setze sich aus verschiedenen Arbeitsbereichen und Abläufen zusammen und die Beherrschung einer typischen Arbeitsaufgabe führe eher zu einem Sektoren- oder Detailwissen. Da auch andere Thesen von den Teilnehmer*innen nicht verwendet werden konnten, wurde an dieser Stelle die Methode verlassen, wie sie von Kleiner et al. beschrieben wird (Kleiner et al. 2002: 58f.). Der Vorschlag der Moderatorin, die Schwierigkeitsgrade in Zahlen auszudrücken, wurde angenommen. Die Teilnehmer*innen hatten zusammen 55 Jahre Berufserfahrung. Dennoch ordneten sie nahezu alle Aufgaben dem vierten Lernbereich zu, bei denen sie den/die Patient*in betreuen.

Lediglich organisatorische, kommunikative und Leitungsaufgaben wurden als einfach bezeichnet und dem Lernbereich 1 zugeordnet. Es gelang den Teilnehmer*innen nicht, das hohe Gefahrenpotenzial, dem die Patient*innen im OP ausgesetzt sind, auszublenden (Protokollnotiz) Als Beispiel wurden junge und gesunde Menschen beschrieben, die einen kleinen Eingriff erwarteten und zum Beispiel durch eine allergische und oder andere lebensbedrohliche Komplikationen dennoch gefährdet sind. Darin, so die Meinung, unterscheidet sich dieser Gesundheitsberuf signifikant von den technischen oder handwerklichen Berufen. Die Teilnehmer*innen diskutierten über die Situation in der Einleitung, in der der/die Patient*in auf die Narkose vorbereitet wird. Dies sei eine Tätigkeit, die routinemäßig täglich mehrfach von der Anästhesiepflege geleistet werde. Dadurch entwickle sich schnell ein breites Fachwissen. Dennoch könne es durch die Grunderkrankung, den Eingriff, die Medikamente und durch die Narkosegase jederzeit zu einer gesundheitlichen Krise kommen. Ärzt*innen und Kolleg*innen müssten dann unterstützen (Protokollnotiz).

In der weiteren Diskussion wurde verabredet, dass man das Gefahrenpotenzial aus den typischen Arbeitsaufgaben heraus denken wolle. Dieser Vorschlag wurde damit begründet, dass ein gewisses Gefahrenpotenzial immer bei der Betreuung der Patient*innen in den Arbeitsbereichen der Anästhesie vorhanden sei (Protokollnotiz).

Entsprechend der vier Lernbereiche wurden die Zahlen 1-4 als ansteigende Herausforderungen angeordnet. Bei einigen Aufgaben konnten sich die beiden

Teilnehmer*innen nicht einigen und wählten den Mittelwert. Die Einordnung wurden ins Padlet® eingetragen (Anhang 7). An dieser Stelle musste der Pretest aufgrund der fortgeschrittenen Zeit beendet werden und die abschließende Diskussion über die Ausbildung und das ergebnisorientierte Feedback zum Padlet® fiel aus. Den Teilnehmer*innen hätte der Prozess Freude bereitet und sie hätten gerne mehr Zeit gehabt.

6.1.3 Erkenntnisse aus dem Pretest

Eine copy paste Übernahme der EFWs scheint zur Erlangung des zweiten Zieles, der Zuordnung zu den Lernbereichen, nicht möglich. Eine Ursache könnte sein, dass sich das Handlungsfeld der Anästhesiepflege im Bereich der Gesundheitsberufe befindet. Die Entwicklung der EFWs begann im Kraftfahrzeug-Sektor (Spöttl 2018: 740) und wurde im Modellversuch GAP in verschiedenen Industrieberufen angewendet (Schemme 2018: 630–634).

Gesundheits- oder Heilberufe unterscheiden sich wesentlich von z.B. kaufmännischen und handwerklichen Berufen. In den Gesundheitsberufen haben die Kategorien der sozialen und der kommunikativen Kompetenzen eine tragendere Rolle, da für die Gesundheit und das Wohlergehen der Patient*innen gesorgt werden muss. Ein geplanter Arbeitsablauf kann sich jederzeit ändern. Ein Anästhesist und Pionier des Simulationstrainings beschrieb den Fachbereich der Anästhesie folgendermaßen und stützt die Annahme der Teilnehmer*innen des Pretests: Die Anästhesie ist ereignisabhängig und dynamisch. Der Patient*innenzustand ändert sich häufig und vieles liegt außerhalb der Kontrolle des/der Ärzt*in. Sie (die Anästhesie) ist komplex und Mensch und Technik sind eng gekoppelt. Sie ist unsicher durch den sich ändernden Patient*innenzustand und selbst bei selektiven Eingriffen ist das Risiko einer Katastrophe immer vorhanden (Gaba / Fish / Howard 1998: 8–10) Dieser Umstand könnte dazu beigetragen haben, dass die Teilnehmer*in des Pretests die scheinbar einfachen Aufgaben nicht in den Lernbereich 1 einordnen wollten oder konnten. Ihren Erzählungen zufolge hatten sie in ihrer Berufslaufbahn schon einige solcher eskalierenden Situationen erlebt und dadurch den Respekt vor der scheinbar routinierten Arbeit behalten.

Kleiner et al. haben 25 Thesen der vier Lernbereiche formuliert (Kleiner et al. 2002: 1f), die eine klare Zuordnung der beruflichen Arbeitsaufgaben erlauben sollten. Ein Teil der Thesen wurden vor dem Pretest für nicht geeignet befunden (Anhang 4). Von den acht im Pretest verbliebenen Thesen waren nur fünf gut verständlich und von den Teilnehmer*innen eindeutig den Lernbereichen zuzuordnen. Daher

werden im zweiten Workshop vier Thesen übernommen, sodass jeder Lernbereich durch eine These beschrieben wird:

Lernbereich 1: Kann von einem/einer Anfänge*in ausgeführt werden und gibt einen Überblick über den Beruf (Überblickswissen)

Lernbereich 2: Feste Regeln erlauben es Fachwissen anzuwenden (Zusammenhangswissen)

Lernbereich 3: Ein tieferes Verständnis und spezielles Fachwissen ist erforderlich (Detail Funktionswissen)

Lernbereich 4: Beherrschung nicht vorhersehbare Aufgaben, können nur von Expert*innen mit langjähriger Erfahrung bewältigt werden (Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen)

Das Arbeitsblatt „*Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben*“ wird entsprechend modifiziert (Anhang 8).

Da die Teilnehmer*innen sehr gut mit der Einordnung des Anforderungsbereichs mithilfe der Skalen von eins bis vier umgehen konnten, wird auch dieser Aspekt für den folgenden Workshop übernommen.

Diese Vorgehensweise findet sich in der modifizierten Workshop Methode von Michael Reinhold und Falk Howe wieder. Zur Validierung beruflicher Handlungsfelder verwenden sie ein Arbeitsblatt, bei dem die Teilnehmer*innen die beruflichen Arbeitsaufgaben mithilfe des Zahlenbereichs von 1 bis 4 den vier Schwierigkeitsstufen/Lernbereiche zuordnen. Sie verwendeten in dieser Phase Ihres Experten-Workshops keine Thesen (Reinhold / Howe 2010: 79).

6.2 Ablauf und Ergebnisse des Workshops

Zu dem eintägigen Präsenz Workshop wurden an umliegende Krankenhäuser (15) und erneut über den DBVSA (48) Einladungen versendet (Anhang 9). So ergab sich eine großflächige bundesweite Streuung und Krankenhäuser jeder Größe wurden berücksichtigt. Denn im Arbeitsfeld der Anästhesiepflege ist die Größe des Krankenhauses ein wichtiger Faktor. Je größer ein Haus ist, desto mehr unterschiedliche medizinische Fachabteilungen können dort vermutet werden und somit unterschiedliche chirurgische Abteilungen mit verschiedenen Anforderungen an die Anästhesie existieren. Auch der AWR wird sich analog zur Größe darstellen.

Kleinere Häuser halten keine oder wenige Aufwachraumbetten vor und schließen am Nachmittag, während große Kliniken eine große Bettenkapazität haben und 24

Stunden geöffnet sein können (DGAI & BDA 2011: 333), sodass eine große Spannbreite der Anforderung an die Anästhesiepflege angenommen werden kann. Dem sollte Rechnung getragen werden, indem die Teilnehmer*innen im Fragebogen Angaben zur Größe des Krankenhauses machen. In den Krankenhausbauverordnungen konnten keine Festlegungen bezüglich des Verhältnisses der Größe des Krankenhauses und der Größe der Aufwachräume gefunden werden. Auch die technische Ausstattung kann, muss aber nicht mit der Größe korrelieren. Ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung wird selten einen technisch aufwendigen OP (z.B. Herzchirurgischen) anbieten. Somit stützt sich die Notwendigkeit der Differenzierung der Teilnehmer*innen in unterschiedlich große Krankenhäuser auf Annahmen.

Es meldeten sich sieben Personen aus sechs verschiedenen Krankenhäusern an. Diese lagen im Umkreis von 50 km. Es gab Rückmeldungen aus dem gesamten Bundesgebiet mit der Anfrage einer online Teilnahme. Insgesamt kann die Resonanz als gut bezeichnet werden. Vier Personen hatten den Berufsabschluss der ATA mit 4 bis 6-jähriger Berufserfahrung und drei waren ausgebildete I&A Fachweitergebildete mit 20 bis 35-jähriger Berufserfahrung. Diese kleine Gruppe repräsentierte damit eine gute Qualifikationsheterogenität (Anhang 10 Nr.1).

Nach der Vorstellung der biographischen Arbeit musste ein Teilnehmer aus privaten Gründen den Workshop verlassen.

6.2.1 Ergebnisse der biographischen Arbeit

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der individuellen beruflichen Werdegänge anhand der Arbeitsblätter zu den Stationen des beruflichen Werdegangs und den Tonbandaufnahmen, die während der Vorstellung der Biografien aufgenommen wurden, ausgewertet. Eine Clusterung war möglich, da die Teilnehmer*innen teilweise ähnliche Aufgaben beschrieben haben. Dabei gab es keine Differenzen oder Diskussionen bei der Beurteilung, ob die jeweilige Aufgabe schwierig sei oder nicht. Es ergibt sich folgende Referenzliste:

Tabelle 4 Ergebnisse der biographischen Arbeit aus dem Workshop

| Stationen des beruflichen Werdegangs | Aufgaben | Einordnung in die Kategorie „schwierig“ |
|--------------------------------------|---|---|
| Aufwachraum | Übernahme des/der Patient*in Gleichzeitige Überwachung mehrerer Patient*innen Überwachung intensivpflichtiger Patient*innen Beachtung der Narkoseform und des Schmerzmanagements Eigenverantwortliche Entscheidung über die Gabe von Opiaten Eigenverantwortliche Verlegung aus dem AWR Entscheidung wann Ärzt*in hinzugezogen wird Medikamentenmanagement Überwachung von Drainagen Besonderheiten der unterschiedlichen OP beachten Krankenbeobachtung (Vigilanz, Bilanzierung, Motorik, Sensibilität) Überwachung der Vitalparameter Erhebung von Skores Durchführung von Laborkontrollen Verpflegung mit Getränken und Nahrung Betten Übergabe an Transportdienst oder Intensivstation Dokumentation | 5 x schwierig |
| Operationssaal | Saalcheck incl. (Narkosegerät, Perfusoren, Infusomaten) Medikamenten Ausstattung und Materialien Patient*innenbeobachtung Narkoseausleitung | 1 x schwierig 1 x leicht |

| | | |
|-----------------|---|---|
| Schockraum | <p>Erstversorgung von Notfallpatienten</p> <p>Vorbereitung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamenten • Narkosematerialien/Atemwegssicherung • Geräten (Monitor und Geräten) <p>Annahme des Patient*innen durch Übergabe des/der Notärzt*in</p> <p>Kommunikation mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärzt*innen • Patient*innen • Anderen Abteilungen <p>Notfall-Algorithmus kennen</p> <p>Zugänge legen</p> <p>Krankheitsbilder kennen</p> <p>Begleitung / Transport des/der Patient*in zur Computertomographie) CT oder OP</p> | schwierig |
| Sectio-Saal | <p>Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spinalanästhesie • Medikamente • Materialien <p>Überwachung der Vitalparameter</p> <p>Unterstützung der Patient*innen bei Anlage der Spinalanästhesie</p> | Schwierig, da bei einer Schwangeren zwei Leben betreut werden |
| Herz-OP | <p>Vorbereiten der speziellen Materialien</p> <p>Umgang mit Hochrisikopatienten</p> <p>Umgang mit dem Tod</p> | Schwierig |
| Kinder-OP | <p>Kommunikation mit Kindern verschiedenen Alters</p> <p>Anleitung unsicherer Ärzte</p> <p>Medikamentenumrechnung</p> | Schwierig durch Kommunikation |
| Intensivstation | <p>Postoperative Übergabe eines/er Patient*in</p> <p>Erweitertes Monitoring</p> <p>Umfangreiche Therapiepläne kennenlernen</p> <p>Beatmungsformen kennen</p> <p>Weaning</p> <p>Assistenz bei Bronchoskopien</p> <p>Krankenbeobachtung</p> <p>Pflegeprozess kennen</p> <p>Pflegeplanung</p> <p>Pharmakologisches Grundwissen</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| Interaktion mit: | <ul style="list-style-type: none"> • Patient*innen • psychisch überlagerte Patient*innen • Kolleg*innen • Ärzt*innen • Anderen Abteilungen | Nur die Interaktion mit psychisch kranken Menschen ist schwierig |
| Notfall OP In manchen Häuser speziell vorbereiteter OP) | Vorbereitung des Saales: Narkosegerät <ul style="list-style-type: none"> • Monitor • Medikamente • Patiententransport • Labor • Bluttransfusion | schwierig |

Quelle Eigene Darstellung

Obwohl auf der begleitenden Präsentation (Anhang 6), dem Arbeitsblatt und vom Mentor darauf hingewiesen wurde, dass sich die biographische Arbeit nur auf das Handlungsfeld Anästhesie bezieht, wurde von zwei Teilnehmer*innen die Intensivstation beschrieben. Eine Person ist als I&A ausgebildet und eine als ATA. Diese hat während ihrer ATA-Ausbildung zwei Einsätze dort verbracht. Da sie diese Arbeit in besonderer Weise geprägt habe und dies für ihre heutige Tätigkeit hilfreich war, wurde der Arbeitsbereich in die Referenzliste aufgenommen (p.K., AD1, Min.14)⁸.

6.2.2 Darstellung und Entwicklung der beruflichen Arbeitsaufgaben

In den beiden Gruppen hat sich der Abstraktionsprozess von den individuellen beruflichen Arbeitsaufgaben zu den charakteristischen Arbeitsaufgaben vollzogen. Jede Gruppe hat abwechselnd eine Aufgabe im Plenum vorgestellt. Fast alle Aufgaben wurden von beiden Gruppen beschrieben und die Teilaufgaben jeweils ergänzt. Die Überschriften konnten einvernehmlich und zügig gefunden werden. Es gab in diesem Arbeitsschritt keine kontroversen Diskussionen. Zur Visualisierung wurden die Arbeitsaufgaben an einer Metaplanwand dargestellt (Anhang 11).

Die Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle übersichtlich dargestellt. Dabei wird jeder charakteristischen Arbeitsaufgabe die zugrunde liegende Beschreibung der Gruppen und der individuellen beruflichen Arbeitsaufgaben zugeordnet. So ist es möglich, den Prozess der Aufgabenentwicklung von individuellen zu charakteristischen Aufgaben nachzuvollziehen.

⁸ Eine Übersicht der verwendeten Zitate aus den Audiodateien befindet sich im Anhang 15

Tabelle 5 Prozess der Aufgabenentwicklung aus dem Workshop

| Nr. | Charakteristische berufliche Arbeitsaufgaben | Gruppe A | Gruppe B | Individuelle berufliche Arbeitsaufgaben |
|------------|---|---|---|---|
| 1 | Anästhesie-arbeitsplatz OP | Überprüfung / Testung der Geräte Narkosegerät Perfusoren® Infusomaten® Wärmegerät Absaugung Sicherstellung der nötigen Materialien Atemwegsmanagement Medikamente Notfallequipment Infusionsständer Lagerungsmaterialien | Überprüfung/Testung der Geräte Narkosegerät Monitor Perfusor® Infusomat® Wärmegerät Material auffüllen Lagerhaltung Standortkennung spezieller Geräte: Bronchoskop, Video- Laryngoskop | Saalcheck incl.: Narkosegerät Perfusoren®, Infusomaten® Medikamenten Ausstattung Materialien Patient*innenbeobachtung Narkoseausleitung |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| 2 | Aufwachraum | Patient*innenbeobachtung Schmerzmanagement Wärmemanagement Betreuung mehrerer Patient*innen Medikamente verabreichen Monitoring Betäubungsmittel Check Volumenmanagement Blutgasanalysen (Labor) Dokumentation Grundbedürfnisse sicherstellen | Übernahme des Patient*innen Ersteinschätzung Patientenbeobachtung Schmerzmanagement Betreuung mehrerer Patient*innen Interdisziplinäres arbeiten Teamarbeit | Übernahme des/der Patient*in Gleichzeitige Überwachung mehrerer Patient*innen Überwachung intensivpflichtiger Patient*innen Beachtung der Narkoseform und Schmerzmanagement Eigenverantwortliche Entscheidung über die Gabe von Opiaten Eigenverantwortliche Verlegung aus dem AWR Entscheidung wann Ärzt*in hinzugezogen wird Medikamentenmanagement Überwachung von Drainagen Besonderheiten der unterschiedlichen OP beachten |
| 3 | Schleuse Übernahme des/der Patient*in | Vorbereitung des OP-Tisches Check Liste der Patientenübernahme (Aufklärungen, Markierung des OP-Feldes prüfen, Identität, Labor, Patientenarmband, Allergiestatus, Vorerkrankungen, Nüchternheit prüfen) Kommunikation | | |

| Nr. | Charakteristische berufliche Arbeitsaufgaben | Gruppe A | Gruppe B | Individuelle berufliche Arbeitsaufgaben |
|-----|--|---|---|---|
| 4 | Einleitung | Anlage Monitoring Check Liste der Patientenübernahme (Aufklärungen, Markierung des OP-Feldes prüfen, Identität, Labor, Patientenarmband, Allergiestatus, Vorerkrankungen, Nüchternheit prüfen) Anlage peripherer Zugänge Vorbereiten der Medikamente und des Atemwegsmanagement Kommunikation mit Patient*innen Intimsphäre beachten Hygienisches Arbeiten Dokumentation | Monitoring Empathische Kommunikation Intimsphäre wahren Krankenbeobachtung | |
| 5 | Intraoperative Patientenbetreuung | Komplikationen kennen Erweiterte Patientenversorgung z.B. Blasenkatether legen Zugänge sichern und zugänglich machen Wärmemanagement Patient*innen lagern Erreichbar sein Abwägen von Situationen Kommunikation Interdisziplinäre Zusammenarbeit Dokumentation | | |

| | | | | |
|---|-------------------------|---|---|---|
| 6 | Narkoseausleitung | <p>Komplikationen der Ausleitung beachten Auf Patien*inntensicherheit achten Atmung/ Sauerstoffversorgung Intimsphäre wahren Patient*innenbeobachtung Zugänge/ Drainagen sichern Sichere Umlagerung Überschüssige Zugänge entfernen Schmerzmanagement einleiten OP-Saal erst verlassen, wenn de/der Patient*in stabil ist Ordnung am Patien*inntenbett Fachlich korrekte Übergabe an AWR oder Station Transport sicherstellen Aufbereitung des OP-Saales</p> | <p>Assistenz Extubation Monitoring/ Kreislaufüberwachung Laborkontrolle/ Blutgasanalyse/ Transfusion Ggf. erweitertes Gerätemanagement: Cellsaver, Oxylog, Bronchoskop, Drainagen Krankenbeobachtung Schmerzmanagement Patient*innentransport</p> | |
| 7 | Sectio-Saal Herz- OP | <p>Gerätecheck (Narkosegerät und Defibrillator, tragbares Videolaryngoskop) Kontrolle Notfallmaterialien /-medikamente Atemwegssicherung Sauerstoffversorgung Lagerungsmaterialien Regionalanästhesie Kommunikation Stress Resilienz</p> | | <p>Vorbereitung: (Spinalanästhesie, Medikamente, Materialien) Überwachung der Vitalparameter Unterstützung der Patient*innen bei der Anlage der Spinalanästhesie</p> |

| | | | | |
|---|------------------|---|--|--|
| 8 | Schockraum | Gerätecheck Narkosewagencheck Monitoring Atemwegssicherung Medikamente Raumordnung kennen Kompetenzen abwägen können Transport zum CT/OP | Organisation des Arbeitsplatzes Kenntnis verschiedenster Algorithmen (X/A/B/C/D/E), Sample / FAST Interdisziplinäres Arbeiten Übernahme des/der Patient*in Übergabe des/der Patient*in Nachbereiten der Situationen | Erstversorgung von Notfallpatient*innen Vorbereitung von: Medikamenten Narkosematerialien/Atemwegssicherung Geräten (Monitor und Geräten) Annahme des/der Patient*in durch Übergabe des/der Notärztin Kommunikation Ärzt*innen/ Patient*innen Anderen Abteilungen Notfall-Algorithmus kennen Zugänge legen Krankheitsbilder kennen Begleitung / Transport des/der Patient*in zum CT oder OP |
| 9 | Kinderanästhesie | Saalcheck Kommunikation altersgerecht mit den Kindern/ mit den Eltern/ dem/der Anästhesist*in Vertrauen aufbauen | | Kommunikation mit Kindern verschiedenen Alters Anleitung unsicherer Ärzte |

| | | | |
|----|---------------------|--|---|
| 11 | Notfall OP | Vorbereitung der Narkose / Atemwegsmanagement / Oxylog/ OP-Saal Check incl. Materialien Lagerung / Umlagerung des/der Patient*in Übernahme / Übergabe des/der Patient*in Aufbereitung des OP-Saals | |
| 12 | Soziale Interaktion | Patient*innen Angehörige Mitarbeiter (Kolleg*innen, Ärzt*innen, Auszubildende) Kommunikation Konflikte lösen Zusammenarbeit | Patient*innen Psychisch überlagerte Patient*innen Kolleg*innen Ärzt*innen Anderen Abteilungen |

Quelle: Eigene Darstellung

6.2.3 Zuordnung zu den Lernbereichen

Die beiden Gruppen legten im nächsten Schritt mit Hilfe des modifizierten Arbeitsblatts *Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben* die Zuordnung der Arbeitsaufgaben in die Lernbereiche fest (Anhang 8). Mit der aus dem Pretest gewonnenen Erfahrung wurde vom Moderator erläutert, dass im Handlungsfeld der Anästhesie bei der Betreuung von Patient*innen immer die Möglichkeit einer Eskalation besteht. Dies wurde mit einer Folie der Power Point Präsentation unterstützt (Anhang 6). Die vier Lernbereiche wurden jeweils mit einer These beschrieben. Im letzten Arbeitsschritt sollen die Aufgaben mit einem numerischen Wert der Anforderung von einfach bis schwierig bewertet werden. Die Ergebnisse der beiden Gruppen werden in Tabelle 6⁹ und Tabelle 7 dargestellt:

⁹ In der mündlichen Kommunikation, während der EFWs wurde nicht gegendert. Ebenso in der schriftlichen Kommunikation der Arbeitsblätter und in der späteren Umfrage zur Validierung. Diese Vorgehensweise wird in der Darstellung dieser Schriftstücke übernommen.

Tabelle 6 Prozess der Lernbereichszuordnung Gruppe A

| Berufliche Arbeitsaufgaben | 1 AWR | 2 Arbeitsplatz vorbereiten | 3 Schleuse | 4 Einleitung | 5 Intra OP | 6 Sectio | 7 Ausleitung | 8 Schock | 9 Kinder | 10 Schmerz | 11 Notfall OP | 12 Soziales |
|--|----------|-------------------------------|---------------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|---------------|------------------|----------------|
| Kann von einem Anfänger ausgeführt werden und gibt Überblick über den Beruf (Überblickswissen) | - | + | -/+ | -/+ | - | - | -/+ | - | - | - | - | + |
| Feste Regeln erlauben es, Fachwissen anzuwenden (Zusammenhangswissen) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Ein tieferes Verständnis und spezielles Fachwissen ist erforderlich (Detail Funktionswissen) | + | -/+ | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|---|-----|-----|----------------|---|----------------|---|---|-------|---|----------------|
| Beherrschung nicht vorhersehbare Aufgaben, können nur von Experten mit langjähriger Erfahrung bewältigt werden (Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen) | + | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | - |
| Schwierigkeitsgrad von 1-4 Kommazahlen möglich | 3 | 2 | 1,5 | 2,5 | 1-4 | 4 | 1-4 | 4 | 4 | 2,5-3 | 4 | 1-4 |
| Spätere Einordnung auf der Metaplanwand Plenum | 3,5 | 2 | 1,5 | 2,5 | Keine Einigung | 4 | Keine Einigung | 4 | 4 | 2,5 | 4 | Keine Einigung |

Quelle

Eigene Darstellung

Tabelle 7 Prozess der Lernbereichszuordnung Gruppe B

| Berufliche Arbeitsaufgaben | 1 AWR | 2 Arbeitsplatz vorbereiten | 3 Schleuse | 4 Einleitung | 5 Intra OP | 6 Sectio | 7 Ausleitung | 8 Schock | 9 Kinder | 10 Schmerz | 11 Notfall OP | 12 Soziales |
|--|----------|-------------------------------|---------------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|---------------|------------------|----------------|
| Kann von einem Anfänger ausgeführt werden und gibt einen Überblick über den Beruf (Überblickswissen) | - | + | -/+ | - | + | - | -/+ | - | - | - | - | + |
| Feste Regeln erlauben es Fachwissen anzuwenden (Zusammenhangwissen) | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | + |
| Ein tieferes Verständnis und spezielles Fachwissen ist erforderlich (Detail Funktionswissen) | + | -/+ | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|---|-----|---|---|-------|---|-----|
| Beherrschung nicht vorhersehbare Aufgaben, können nur von Experten mit langjähriger Erfahrung bewältigt werden (Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen) | + | - | - | + | - | + | + | + | + | + | + | + |
| Schwierigkeitsgrad von 1-4 Kommazahlen möglich | 3,3 | 2,2 | 1,5 | 2,5 | 1-4 | 4 | 1-4 | 4 | 4 | 2,5-3 | 4 | 1-4 |

Quelle

Eigene Darstellung

Im Laufe der Erarbeitung stellte der Moderator fest, dass die Thesen additiv verwendet wurden (s. Tab. 8). Eine Arbeitsaufgabe wurde den Thesen dreier Lernbereichen zugeordnet mit der Begründung, dass Regeln und Standards auch in sehr herausfordernden Aufgaben eingehalten werden müssten. Den Teilnehmer*innen wurde die Entwicklung vom/von der Noviz*in zum Expert*in kurz erläutert. Sie wurden gebeten, sich für eine These zu entscheiden. Daraufhin korrigierten sie ihre Einordnungen im Arbeitsschritt der Lernbereichseinteilung mithilfe der Skalierung von 1 bis 4, aber nicht im Tabellenbereich des Arbeitsblatts mit den Thesen. Daraus ergibt sich ein unstimmliges Ergebnis der Kleingruppenarbeit bei der Analyse des Arbeitsblatts. Einerseits werden den meisten Arbeitsaufgaben mehrere Thesen zugeordnet und andererseits gelang die Festlegung auf einen numerischen Wert. Diese Widersprüchlichkeit kann an dem anfänglichen Verständnisschwierigkeiten gelegen haben. Womöglich gelingt eine Einordnung mithilfe einer numerischen Skalierung leichter als die Verwendung der vier verbliebenen Thesen. Eine andere mögliche Erklärung kann die sich abzeichnende Zeitüberschreitung des Workshops gewesen sein, die es verhinderte die gesamte Tabelle zu überprüfen.

Eine weitere Auffälligkeit ist die numerische Angabe von 1 bis 4 bei den Arbeitsaufgaben *Ausleitung*, *Betreuung der Patient*innen intraoperativ* und *Soziale Interaktion*. Dieser Aspekt wurde im weiteren Verlauf des Workshops diskutiert.

Die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit werden nun im Plenum besprochen und an der Metaplanwand visualisiert (Anhang 12).

Die Einordnung der Aufgaben gelang anfangs zügig und einvernehmlich. Bei allen Aufgaben, die in den Arbeitsblättern drei Lernbereichen zugeordnet wurden, gab es schließlich einen Konsens.

Kontrovers diskutiert wurde über die Tätigkeiten der *Einleitung*, *Ausleitung*, *Bereuung der Patient*innen intraoperativ* und der *Sozialen Interaktion* (Protokollnotiz). Die Teilnehmer*innen kategorisierten diese zunächst als einfach. Die *Einleitung* und *Ausleitung* würden sehr häufig am Tag durchgeführt. Schließlich bemerkte ein Teilnehmer, dass diese Aufgaben keinem Schüler alleinverantwortlich übertragen werden könnten. Das Gefahrenpotential wäre zu hoch. Die *Soziale Interaktion* könnte zwar von Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr gut gemeistert werden, aber der Umgang mit psychisch Belasteten, Angstpatient*innen oder der Umgang mit Patient*innen in einer medizinischen Gefährdungssituation stelle auch Expert*innen der Facharbeit vor Probleme. Am Ende entschied das Plenum, dass es nicht möglich sei, diese Arbeitsaufgaben einzuordnen (Protokollnotiz und

Anhang 12). Ein Überblick über den Prozess der Lernbereichszuordnung mit den Ergebnissen der beiden Gruppen und der gemeinsamen Einordnung auf der Metaplanwand werden in folgender Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8 Vergleich der Ergebnisse der Kleingruppen mit dem Ergebnis aus dem Plenum

| Berufliche Arbeitsauf- gaben | 1 AWR | 2 Arbeits- platz vorberei- ten | 3 Schleuse | 4 Einleitung | 5 Intra OP | 6 Sectio | 7 Ausleitung | 8 Schock | 9 Kinder | 10 Schmerz | 11 Notfall OP | 12 Soziales |
|---|------------------|---|-----------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------|
| Gruppe A Schwierig- keitsgrad von 1-4 Komma- zahlen möglich | 3 | 2 | 1,5 | 2,5 | 1-4 | 4 | 1-4 | 4 | 4 | 2,5-3 | 4 | 1-4 |
| Gruppe B Schwierig- keitsgrad von 1-4 Komma- zahlen möglich | 3,3 | 2,2 | 1,5 | 2,5 | 1-4 | 4 | 1-4 | 4 | 4 | 2,5-3 | 4 | 1-4 |
| Spätere Einordnung auf der Me- taplanwand Plenum | 3,5 | 2 | 1,5 | 2,5 | Kein e Ei- ni- gung | 4 | Keine Eini- gung | 4 | 4 | 2,5 | 4 | Keine Eini- gung |

Quelle Eigene Darstellung

Das zweite Ziel der EFW, die Einordnung der Arbeitsaufgaben in die vier Lernbereiche, konnte wie schon im Pretest nicht zufriedenstellend erreicht werden. Im Laufe der Diskussion entfernten sich die Teilnehmer*innen immer mehr von der Einordnung mithilfe der Thesen hin zur Verwendung der numerischen Skala, um dann einige Aufgaben nicht einordnen zu können. Es gab zwar auch übereinstimmende Ergebnisse bei den Nummerierungen, aber der Zusammenhang mit der vorangegangenen Zuordnung mithilfe der Thesen führt zu einem insgesamt uneindeutigem Ergebnis.

6.2.4 Reflexion der Ausbildung

Die abschließende Diskussion folgte den Leitfragen: Was können ATA-Auszubildende gut? Was können sie nicht gut? Was kann verbessert werden? Und schließlich die Forschungsfrage: Bereitet die Ausbildung gut auf das Handlungsfeld des AWR vor?

Die Fähigkeiten der Auszubildenden wurden sehr kontrovers diskutiert. Die Spannweite reicht von großer Zufriedenheit bis zu Enttäuschung. Dabei wurden im Wesentlichen charakterliche Eigenschaften einzelner Auszubildender beschrieben. Allgemeine Festlegungen darüber, was sie können und nicht können, konnten in der Diskussion nicht konsistent festgestellt werden.

Insbesondere die anwesenden ATAs zeigten sich zufrieden mit ihrer Ausbildung, „Weil an sich ist die Ausbildung gut. Ich find die gut.“ (p.K., AD2, Min. 32)

Schließlich stellte der Moderator die Frage, ob die ATA-Ausbildung auch gut auf den AWR vorbereite. Alle anwesenden ATAs bejahten dies (p.K., AD2, min. 4). Sie berichteten über sehr gute Praxisanleitungen, die sie in ihrer Ausbildung gehabt hätten. Dies hätte wesentlich dazu beigetragen, dass sie sich in ihrer Arbeit sicher fühlten:

„Ja, wir hatten halt relativ lange Einsätze. Das heißt, Du hast ein weites Spektrum an Krankheiten mitbekommen. Und ja, ich hab dann halt auch viel mit einer Person eigentlich zusammengearbeitet, im Aufwachraum, die hauptsächlich da gearbeitet und hat mich schon gut angeleitet. Und hat sich dann schnell fit gefühlt, dass auf jeden Fall.“ (p.K., AD2, Min. 4)

Der Moderator insistierte weiter mit dem Argument der Eigenständigkeit: „Okay, und der der Bruch zum OP, wo immer ein Arzt dabei ist, bei der Einleitung. Da ist man ja nicht allein. Im Aufwachraum ist man ja oft allein.“ (p.K., AD2, Min. 4)

Eine ATA merkte an:

„Alleine ist man ja nie. Also der Arzt ist ja immer rufbar. Also ich hab zum Beispiel am Anfang wenn ich ZA1¹⁰ hatte die Tür aufgehabt. Also meine Anfangszeit zu direkt nach der Ausbildung. Ich hatte die Tür zwischen OP und mir nie geschlossen, das war so am Anfang nie zu. Klar, jetzt habe ich die mittlerweile auch zu. Weil ich meine Ruhe haben will, aber die war am Anfang nie zu. Dass, wenn was is, ich rufen konnte. Also in Hörweite, war immer jemand, und wenn niemand gehört hat, von den Ärzten, hat eine Pflegekraft mich gehört. Telefon hatte ich immer und jetzt ist die Tür zu und ich habe meine Ruhe und ich weiß, was ich tue.“ (p.K., AD2, Min. 5).

Einigkeit bestand darin, dass die Auszubildenden für die Arbeit im AWR besser ausgebildet werden sollten. Ein besonderes Problem sei die Organisation der Bettenbelegung. Die Arbeit müsse so strukturiert und bewältigt werden, dass es nicht zu einer Überfüllung des AWRs komme. Dies hätte eine Teilnehmerin anfangs sehr überfordert. Die Entscheidung, ob ein/e Patient*in auf die weiterbehandelnde Station verlegt werden kann, fiel der Teilnehmerin anfangs sehr schwer und führte zu folgenden Überbelegungen:

„[...] ich hab mich nicht getraut zu entscheiden, der kann gehen. Das war bei mir also so. In der Versorgung war alles super bei mir, aber zu sagen, OK, ich lass Ihn jetzt gehen in meiner Verantwortung? [...] die Organisation also auch hinterherzukommen, weil irgendwann hat dann mein Chef gesagt [...] das kann nicht sein, dass wir immer 8 Patienten auf 6 Bettenplätzen haben, bei dir.“ (p.K., AD2, Min. 2)

Eine andere Teilnehmerin beschrieb die Tätigkeit im AWR trotz langjähriger Berufserfahrung als sehr belastend. Sie musste nichtdelegationsfähige Aufgaben, wie die Anordnung von Medikamenten und die eigenständige Verlegung der Patient*innen übernehmen. Ärzt*innen waren in dem sehr kleinen Krankenhaus im AWR wenig präsent (p.K., AD1, Min. 20).

Eine I&A insistierte, sie würde nach vielen Jahren Berufserfahrung und guter Struktur „baden gehen“, sobald der AWR überbelegt sei und Intensivpatient*innen dort „geparkt“ seien. Dieser Umstand wurde von allen Teilnehmer*innen bestätigt. Ist die Intensivstation nicht aufnahmefähig, müssen die Patient*innen im AWR „zwischenbetreut“ werden. Zu dieser Situation käme es auch sehr häufig (p.K., AD2, Min. 8-10).

An dieser Stelle wurde über den Umstand gesprochen, dass eine ATA-Teilnehmerin während der Ausbildung zwei praktische Einsätze auf der Intensivstation absolviert hatte, die anderen nicht. Diese waren nur auf der Normalstation eingesetzt

¹⁰ In dem betreffenden Krankenhaus übliche Bezeichnung eines Dienstes. Dieser schließt in diesem Fall die Arbeit im AWR ein.

worden. Daraus ergab sich die Frage, wie sinnvoll solche Einsätze sind und ob diese dazu beitragen, die Ausbildung zu verbessern. Die Person, die IPS-Einsätze absolvierte hatte, bezeichnete diese als die wichtigsten und prägendsten. „Hat mir aber auch am meisten gebracht“ (p.K., AD1, Min. 17) Sie beschrieb ausführlich, dass IPS-Patient*innen im OP zu betreuen sind und sie unter großem Stress gelitten habe, bis zu ihrem IPS- Einsatz:

„Dann habe ich als nächstes die Intensivstation genommen. Das war für mich persönlich in der Ausbildung eines der wichtigsten Stationen, die ich durchlaufen hab. Das war für mich eine Riesenangst im OP. Intensivpatienten in Empfang zu nehmen und zu betreuen, weil ich das gar nicht kannte und dass die schon intubiert, beatmet, schwerstkrank, nach weiß ich nicht was für einem Krankheitsbild zu uns kamen. Das war für mich eine Aufgabe, die für mich sehr, sehr schwierig war, an der ich aber auch sehr, sehr gewachsen bin.“ (p.K., AD1, Min.14)

Erst dort bekam sie Einblicke in verschiedenste Beatmungsformen, Labordiagnostik und Erkrankungen. Durch die kurzen Kontaktzeiten mit Patient*innen im OP könne man Krankheitsverläufe nicht beobachten und verstehen. Dies sei auf der IPS anders. Die Auswirkung der OP und der Narkose konnten besser nachvollzogen werden. Der Lernfortschritt hatte zur Folge, dass sie später manche Situationen besser bewältigen konnte als ihre Anästhesie-Kolleg*innen ohne IPS-Erfahrung. „Ich habe gelernt, mit einer Astral umzugehen [...] Dann stehen alle vor dem Gerät und denken sich, um Gottes Willen.“ (p.K., AD2, Min. 17)

Neben dem erweiterten Fachwissen, so führte die Teilnehmerin weiter aus, wurde über den operativen Eingriff hinaus der/die Patient*in in seiner Gesamtheit besser wahrgenommen. Dadurch konnte die eigene Arbeit antizipiert und besser verstanden werden:

„Für uns ist das dann häufig so, wir geben den Patienten ab und dann ist Ende. Was mit dem passiert, wissen wir nicht. Das fand ich dann ganz toll zusehen, wie ist denn der Krankheitsverlauf. Was macht unsere OP, was macht unsere Narkose mit dem Patienten danach. Wie ist die Schmerztherapie, wie sehen die Therapiepläne aus, das sind ja dann nochmal ganz andere Medikamente als die, die wir aus der Anästhesie kennen. [...] einfach den Patienten als ganzheitlich zu sehen.“ (p.K., AD1, Min. 16)

Die ATAs ohne IPS-Erfahrung fühlten sich für den AWR gut vorbereitet, da sie in ihren Krankenhäusern der Maximalversorgung viele Notfälle zu bewältigen hätten. Dennoch votierten alle für einen Einsatz auf der IPS während der Ausbildung. Der Einsatz auf der Normalstation wäre nicht so gewinnbringend, wie auf der IPS. Der Moderator versuchte einen Konsens zu finden, wie lange der ideale Einsatz auf der IPS sein sollte. Die Gruppe einigte sich schnell und einvernehmlich auf einen Einsatz von vier bis sechs Wochen. Auch der AWR- Einsatz sollte sechs Wochen

dauern. In beiden Bereichen sollten vier Wochen infolge geplant werden. Diese Zeitspanne wäre nötig, um diese komplexen Arbeitsprozesse zu verstehen. Zu einem späteren Zeitpunkt sollte dann ein zweiter Einsatz erfolgen (p.K., AD2, Min. 22-23).

Bereits im Pretest wurde vorgeschlagen, dass die Pflegeplanung und der Pflegeprozess in das Aufgaben-Portfolio der Anästhesiepflege aufgenommen werden sollten. Schließlich entschieden sich beide Pretest-Teilnehmer*innen dagegen. Im Workshop wurde diese Thematik ebenfalls von einer I&A Absolventin eingebracht. Durch die dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft und die Fachweiterbildung gehören diese Wissensbestände und deren Umsetzung zur täglichen Arbeit auf den Normalstation und der IPS. Die Teilnehmerin war der Meinung, dass die Pflegeplanung und der Pflegeprozess bereits im AWR beginnen oder weitergeführt werden sollten. Die eigene Arbeit, insbesondere die pflegerischen Aspekte würden somit besser dokumentiert. In der folgenden Diskussion wurde der Vorschlag von den anderen Teilnehmer*innen abgelehnt (Protokollnotiz). Sie begründeten die kurzen Kontaktzeiten mit den Patient*innen im AWR. Diese seien in der Phase des Wachwerdens und eine weitere pflegerische Planung sei dadurch nicht abzuschätzen. Der Moderator informierte die Gruppe, dass es sich um Tätigkeiten handelt, die den examinierten Kräften der Pflege vorbehalten sei. So wünschenswert es auch sei, bereits im AWR mit den Instrumenten Pflegeplanung und Pflegeprozess zu arbeiten, es ist gesetzlich nicht vorgesehen und es ist auch kein Ausbildungsgegenstand, der in der ATA-OTA-G oder der ATA-OTA-APrV vorhanden ist.

Ein weiterer Vorschlag zur Verbesserung der Ausbildung war es, die Auszubildenden im dritten Ausbildungsjahr strukturiert in den Schockraum mitzunehmen (Anhang 12). Sie seien zwar durch den vorgeschriebenen Einsatz im Notfallzentrum (NFZ) dort tätig, hätten dann aber andere Aufgaben als das Anästhesie-Personal.

Ein verpflichtender Einsatz in der Geburtshilfe wurde von allen Teilnehmer*innen einheitlich befürwortet (Anhang 12).

Durch die Zeitüberschreitung konnte kein Feedback zum Workshop eingeholt werden und wurde in die nachfolgende Validierung eingebettet.

6.2.5 Interne Validierung

Für die interne Validierung wurde für die beiden Pretest- und die sechs Workshop-Teilnehmer*innen ein Fragebogen mit 24 Fragen entwickelt (Anhang 14). In einer zusätzlichen Datei wurden alle ermittelten Aufgaben zur Ansicht und Prüfung mitgesendet. Diese wurden aus den Ergebnissen beider Workshops erstellt. Der

Prozess der Erstellung und die Ermittlung der Überschriften und Arbeitsaufgaben wird in Kapitel 7 beschrieben.

Zunächst wurden biographische Daten abgefragt. Die Auswahlfrage nach dem erlernten Beruf konnte mit *Pflegeausbildung mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensiv* oder *Anästhesietechnische Assistenz* beantwortet werden. Da im Workshop die Bedeutung eines IPS-Einsatzes herausgearbeitet wurde, wurde die Antwortoption ATA mit einer Folgefrage verknüpft: *Hatten Sie während Ihrer Ausbildung einen Einsatz auf der Intensivstation?* Alle Teilnehmer*innen hatten vor Beginn der Workshops eine Datenschutzerklärung im Sinne der DSGVO ausgehändigt bekommen und unterschrieben (Anhang 13). Dieses Vorgehen musste in einer Umfrage bestätigt werden. Die Items *Bedeutung* und *Häufigkeit der jeweiligen Arbeitsaufgaben* wurden mit Hilfe von Rating-Skalen durch numerische Abstufungen von 1-4 abgefragt. Die verbalen Charakterisierungen entsprechen dem von Kleiner et al. entwickelten Fragebogen (Kleiner et al. 2002: 74), der für die vorliegende Arbeit modifiziert wurde. Die Rating-Skala wurde von 10 auf 4 bzw. 5 Stufen reduziert, da im Original drei Codierungen einer Variabel zugeordnet werden und in der Auswertung keine weiteren Erkenntnisse erbringen.

Tabelle 9 *Modifikation der Umfrage Häufigkeit*

| Häufigkeit | Kleiner et al. Rating-Skala | Anpassung Rating-Skala | Begründung |
|--|--|-----------------------------------|---|
| Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit | 10 | 4 | Übernahme |
| Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 9 8 7 | 3 | Dreifache Codierung ergibt keine differenzierbaren Erkenntnisse |
| Die Aufgabe fällt monatlich bis jährlich an | 6 5 4 | 2 | Dreifache Codierung ergibt keine differenzierbaren Erkenntnisse |
| Die Aufgabe fällt nur selten an | 3 2 1 | | Keine Festlegung was selten bedeutet. Ø Übernahme |
| Die Aufgabe fällt nicht an | 0 | 1 | Übernahme |

Quelle Eigene Darstellung

Tabelle 10 Modifikation der Umfrage Bedeutung

| Bedeutung | Kleiner et al. Rating-Skala | Anpassung Rating-Skala | Begründung |
|---|--------------------------------|---------------------------|--|
| Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden | 10 9 8 | 4 | Dreifache Codierung ergibt keine differenzierbaren Erkenntnisse |
| Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch, die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen | 7 6 5 4 | 3 | Übernahme |
| Die Aufgabe ist eine Spezialaufgabe, deshalb muss sie nicht jeder beherrschen | 3 2 1 | 2 | Dreifache Codierung ergibt keine differenzierten Erkenntnisse |
| Die Aufgabe ist kein Bestandteil des Berufes | 0 | 1 | Zusatz: z.B. ... sie ist zu allgemein und in sehr vielen Berufen wichtig |
| | | 5 | Eine Einordnung ist nicht möglich |

Quelle Eigene Darstellung

Da Ergebnisse der Lernbereichseinordnung des Pretests und des Workshops zu uneindeutig waren, wurde in der Validierung darauf verzichtet. Womöglich hätten die Teilnehmer*innen die nicht einzuordnenden Aufgaben zufällig eingeordnet, sodass die Gefahr einer Verzerrung bestanden hätte. Insgesamt war der zeitliche Aufwand für den Fragebogen sehr groß, da alle 16 Arbeitsaufgaben gelesen werden mussten. Eine vertiefte Auseinandersetzung für den Fragenkomplex der Lernbereiche war daher nicht zumutbar.

Um die im Workshop zentralen Fragen in Bezug auf die Forschungsfrage zu validieren, wurden folgende Auswahl in die Umfrage integriert:

Eine ATA-Ausbildung bereitet ausreichend auf die Tätigkeit im Aufwachraum vor.

Ein praktischer Einsatz auf der Intensivstation sollte in die Ausbildung integriert werden.

Sie konnten mit Ja bzw. Nein beantwortet werden. Schließlich wurde ein Textfeld für ein mögliches Feedback angehängt. Die Umfrage findet sich im Anhang 14.

6.2.6 Ergebnisse der Validierung

Von acht Teilnehmer*innen füllten sieben die Umfrage aus. Eine Teilnehmerin konnte krankheitsbedingt nicht teilnehmen, bestätigte in einem Telefonat der Forscherin aber die gute Darstellung der Arbeitsaufgaben, und dass ihr der Workshop sehr viel Spaß gemacht hätte.

Ein weiteres Feedback lautete

„Den Workshop fand ich persönlich sehr aufschlussreich und spannend. Man hat nochmal eine ganz neue Sichtweise auf den eigenen Arbeitsbereich bekommen und hat sich in seinen eigenen Gedanken nochmal bestätigt gefühlt. Auch das Zusammenkommen von Fachweitergebildeten und ATAs fand ich toll.“ (Anhang 10, Nr.2)

Und: „Ich finde, dass die Arbeitsaufgaben sehr gut das Tätigkeitsprofil in der Anästhesiepflege beschreiben.“ (Anhang 10, Nr.2)

Insgesamt zeigt sich eine Qualifizierungsheterogenität. Die Teilnehmer*innen der Validierung waren 4 ATA und 3 I&A. Zudem variierte die Berufserfahrung von 4 bis 35 Jahren und die Größe der Krankenhäuser von 170 bis 1.500 Betten. Von den vier teilnehmenden ATAs hatte nur eine einen praktischen IPS-Einsatz absolviert (Anhang 10, Nr.1).

Die folgende Abbildung 6 stellt die Häufigkeit der Arbeitsaufgabe im Handlungsfeld der Anästhesiepflege dar. Dazu wurden die Mittelwerte der Antworten berechnet.

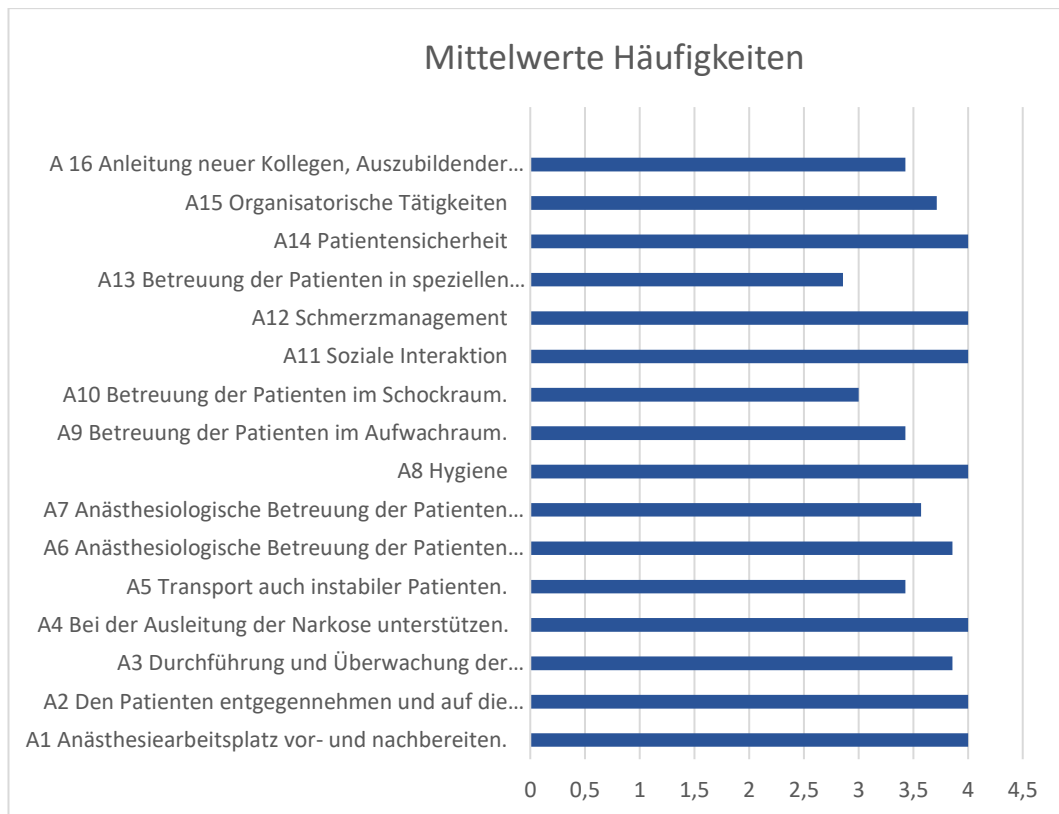


Abbildung 6 Berechnung der Mittelwerte der Antworten zur Häufigkeit der Arbeitsaufgaben

Quelle Eigene Darstellung

Zu den täglichen Aufgaben gehören (Mittelwert 4):

- A1 Den Arbeitsplatz vor- und nachbereiten
- A2 Den Patient*in entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten und einleiten
- A4 Bei der Narkoseausleitung unterstützen
- A8 Hygiene
- A11 Soziale Interaktion
- A12 Schmerzmanagement
- A 14 Patient*innensicherheit

Seltener sind folgende Aufgaben (Mittelwert <3):

- A13 Betreuung des/der Patient*in in speziellen Funktionsbereichen außerhalb des OPs

Die folgende Abbildung 7 stellt die Bedeutung der Arbeitsaufgabe dar. Dazu wurden die Mittelwerte der Antworten berechnet.

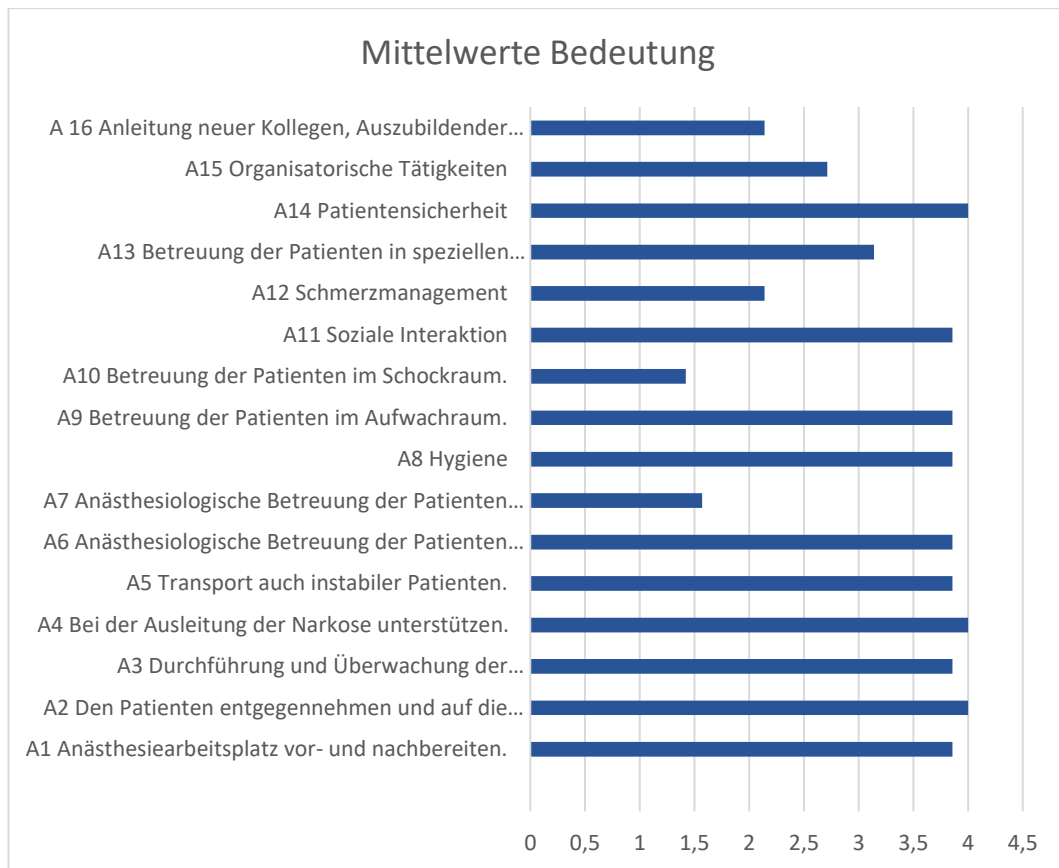


Abbildung 7 Häufigkeitsverteilung zur Bedeutung der Arbeitsaufgaben
 Quelle Eigene Darstellung

Die größte Bedeutung haben folgende Aufgaben (Mittelwert von 4):

- A2 Den/die Patient*in entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten und einleiten
- A4 Bei der Narkoseausleitung unterstützen
- A 14 Patient*innensicherheit

Weniger bedeutend sind (Mittelwert<3):

- A7 Anästhesiologische Betreuung des/der Patient*in in der Kinderanästhesie, Herzchirurgie und der Geburtshilfe
- A10 Betreuung der Patient*innen im Schockraum
- A15 Organisatorische Tätigkeiten
- A16 Anleitung neuer Kolleg*innen, Auszubildender und Praktikant*innen

7 Zusammenfassung beider Workshops

7.1 Prozess der Entwicklung der Arbeitsaufgaben

Im folgenden Schritt werden die Ergebnisse des Pretests und der EFW zusammengeführt. Anhand der Titel und der Inhalte aus den Tabellen 3 und 5 werden die Aufgaben geclustert. Unter Einbeziehung der Audiodateien, Protokollnotizen der

Workshops und schließlich der Ergebnisse der Validierung wird ein Titel festgelegt und aus den Stichworten eine Arbeitsaufgabe formuliert. Die Darstellung soll den Prozess dokumentieren.

Berufliche Arbeitsaufgabe A1

Tabelle 11 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A1

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|---|---|-----|--|
| Assistenz bei der Vor- und Nachbereitung/Einleitung Allgemein- und Regionalanästhesie | Anästhesiearbeitsplatz OP und Notfall OP-Saal | A1 | Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten |

Quelle Eigene Darstellung

Im Pretest wurden Vorbereitungen der Medikamente und Geräte als Teilaufgaben beschrieben und der Einleitung zugeordnet. Im Workshop wurden andere Räumlichkeiten inkludiert. “[...] den OP Saal Check, der für uns ja wichtig ist, um den Patienten überhaupt mal in Narkose zu bringen [...]“ (p.K., AD1, Min. 6)

Insbesondere in Arbeitsbereichen, in denen Notfälle behandelt werden, wurde auf die große Bedeutung einer guten Vorbereitung hingewiesen: „z.B. im Schockraum:“ Da ist es ganz wichtig, dass die Geräte bei uns immer gecheckt sind. Dass die Materialien für die Atemwegssicherung gegeben sind.“ (p.K., AD1, Min. 4)

Daher wurden alle vorbereitenden Tätigkeiten aufgrund ihrer zugeschriebenen Inhalte und Bedeutungen in einer Arbeitsaufgabe zusammengefasst und beziehen sich auf alle Räumlichkeiten der Anästhesie, in denen Patient*innen betreut werden.

Tabelle 12 Aufgabenbeschreibung A1

| |
|---|
| Aufgabe A1 |
| Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die Voraussetzung die Patient*innen in der Anästhesie versorgen zu können, ist ein gut vorbereiteter Arbeitsplatz. Die Geräte (Narkosegerät, Absaugung, Monitor, Perfusoren®, Infusomaten®, Wärmegerät u. A.) müssen auf Funktionsfähigkeit überprüft werden. Verschiedenste Materialien (zur Medikamentengabe, zum Atemwegsmanagement, zur Lagerung des/der Patient*in u. A.) müssen ebenso wie die Medikamente und Infusionen in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Die ATA prüft systematisch den Raum, in dem des/der Patient*in betreut werden soll. Sie schätzt ab, ob weitere Materialien und Geräte für eine OP benötigt werden, prüft auch diese und bringt sie zur Vorbereitung in ihren Raum. Sollte dies aus Platzmangel nicht möglich sein, verfügt sie über das Standortwissen. Nach Gebrauch bereitet sie die Räumlichkeit und die medizinischen Geräte / Materialien wieder auf.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Diese Vorbereitung ist Grundlage für die Arbeit in allen Räumlichkeiten, in denen Patient*innen vom Fachpersonal behandelt werden-> OP-Säle, Einleitung, Schockraum, Aufwachraum.</p> |
| <p>Voraussetzungen:</p> <p>Um die medizinischen Geräte bedienen zu können, muss das Fachpersonal dazu berechtigt sein. Dazu bedarf es einer Einweisung nach MedGV, die gesetzlich vorgeschrieben ist.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A2

Tabelle 13 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A2

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|--|---|-----|---|
| Assistenz bei der Vor- und Nachbereitung/ Einleitung Allgemein- und Regionalanästhesie Schleuse Übernahme des/der Patient*in Holding | Einleitung/ Präoperative Patientenbetreuung Schleuse | A2 | Den/die Patient*in entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten |

Quelle Eigene Darstellung

In beiden Workshops wurden die Entgegennahme und Vorbereitung des/der Patient*in in verschiedenen Räumlichkeiten bedacht. Die OP-Schleuse ist der Übergang zwischen dem OP-Bereich und dem Krankenhaus, kurz Schleuse genannt. In manchen Krankenhäusern wird der Begriff Holding verwendet. Je nach Arbeitsorganisation werden dort erste Schritte der Patientenvorbereitung durchgeführt. Als Teilaufgaben wurden die Vorbereitung der OP-Tische und die Bereitstellung

der benötigten Materialien für die jeweilige Anästhesieform, angepasst auf den/die Patient*in, benannt.

Tabelle 14 Aufgabenbeschreibung A2

| |
|--|
| Aufgabe A2 |
| Den/die Patient*in entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten und einleiten. |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die Patient*innen werden von den Normalstationen, von der Intensivstation, der Notaufnahme oder dem Schockraum übernommen. Die für die Narkose wichtigen Vorinformationen werden durch ein Übergabegespräch, die Patient*innenakte und durch Krankenbeobachtung gewonnen. Zur Vitalzeichenkontrolle wird der Monitor angeschlossen. Unter Beachtung der Patient*innensicherheit (Arbeitsaufgabe A14) werden Patient*innen befragt und gelagert. Es werden periphere Zugänge gelegt, die Medikamente für die Narkose aufgezogen und die nötigen Materialien vorbereitet. Dabei spielen Kommunikation, Hygiene und Beachtung der Intimsphäre eine wichtige Rolle. Laborwerte müssen vorliegen oder werden ggf. von der Fachkraft ermittelt. Transfusionen können nötig sein.</p> <p>Der/dem Anästhesist*in wird bei der Einleitung der Allgemein- und Regionalanästhesie assistiert. Eine entsprechende Dokumentation ist obligat.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Je nach Organisation der Anästhesieeinheit wird die/der Patient*in in der Schleuse bzw. der Holding-Area oder erst in der Einleitung entgegengenommen und die Anästhesie eingeleitet. In besonderen Fällen (Notfälle oder operative Maßnahmen bei Kindern) kann die Einleitung auch im OP-Saal erfolgen.</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Anästhesist*in, Operateur*in des jeweiligen Fachgebiets</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A3

Tabelle 15 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A3

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|--|---------------------------------------|-----|--|
| Durchführung und Überwachung der Narkose | Intraoperative Patient*innenbetreuung | A3 | Durchführung und Überwachung der Narkose im Operationssaal |

Quelle Eigene Darstellung

In beiden Workshops wurde die intraoperative Betreuung als Aufgabe identifiziert.

Tabelle 16 Aufgabenbeschreibung A3

| |
|--|
| Aufgabe A3 |
| Durchführung und Überwachung der Narkose im Operationssaal |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Im Operationssaal erfolgt der chirurgische Eingriff. Dabei muss die ATA die typischen Komplikationen, die durch die OP entstehen können, kennen, um adäquat darauf reagieren zu können. Vorhandene Zugänge (periphere oder zentrale) und der Atemwegszugang müssen gesichert sein. Bereits in der Einleitung begonnene Maßnahmen wie das Monitoring, die Beatmung, die Lagerung, das Wärmemanagement und die Medikamenten- und Infusionsgabe werden weitergeführt, erweitert oder adaptiert. Laborkontrollen (Blutgasanalyse) und Transfusionen könnten nötig sein. Bei Verlassen des OP-Saals muss eine Erreichbarkeit gewährleistet werden. Es muss eine Dokumentation erfolgen.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Jedes Krankenhaus hält verschiedene OP-Säle vor, die bestimmten operativen Fachrichtungen zugeordnet sind. Die anästhesiologische Betreuung (ggf. auch externe Anästhesist*innen) kann dabei variieren.</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Im OP-Saal arbeitet die Fachkraft mit Anästhesist*innen, den Operateur*innen und den Operationstechnischen Assistent*innen zusammen.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A4

Tabelle 17 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A4

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|-------------------------|--------------------------|-----|--|
| Ausleitung | Narkoseausleitung | A4 | Bei der Narkoseausleitung unterstützen |

Quelle Eigene Darstellung

In beiden Workshops wurde die Ausleitung als eigenständige Arbeitsaufgabe identifiziert.

Tabelle 18 Aufgabenbeschreibung A4

| |
|--|
| Aufgabe A4 |
| Bei der Narkoseausleitung unterstützen |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die Konzentration der Narkosemedikament der Patient*innen wird am Ende der Operation reduziert. Die typischen Komplikationen müssen erkannt werden, um adäquat darauf reagieren zu können. Die Kontrolle der Vitalzeichen, der Atmung über das technische Monitoring sowie die Krankenbeobachtung sind hierbei wichtig. Patient*innen in Allgemeinnarkose werden extubiert. Ggf. ist vor der Ausleitung eine weitere Laborkontrolle (Blutgasanalyse) nötig. Es muss eine Dokumentation erfolgen.</p> |
| <p>Arbeitsplatz: Operationsaal</p> <p>Die Ausleitung der Narkose erfolgt im OP-Saal.</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Die Ausleitung erfolgt in Assistenz der Anästhesist*innen und in Absprache mit der operativen Fachabteilung.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A5

Tabelle 19 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A5

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|---|--------------------------|-----|---|
| Transport (auch instabiler Patient*innen) | | A5 | Transport auch instabiler Patient*innen |

Quelle Eigene Darstellung

Im Pretest wurde eine Aufgabenbeschreibung für den Patient*innentransport vorgenommen, im 2. Workshop nicht. Dort wurde er als Teilaufgabe für den Schockraum, die Notfall-OP und die Ausleitung benannt (Tabelle 5).

„[...] auf die Transportfähigkeit des Patienten achten. Auch sicherstellen, Monitoring, Oxylog, Medikamentenmanagement, das muss ja alles trotzdem weiterlaufen, [...] Man muss ja immer alles komplett einsehen, auf alles zugreifen können, im Notfall auch handeln können.“ (p.K., AD1, Min. 15)

Ausschlaggebend bei der Zusammenfassung eine eigenständige Aufgabe zu formulieren, ist die Bedeutung, die der Aufgabe im Workshop zugeschrieben und in der Validierung bestätigt wurde. Sechs von sieben Teilnehmer*innen bezeichneten sie als unverzichtbaren Bestandteil der Facharbeit (Anhang 10, Nr.3).

Tabelle 20 Aufgabenbeschreibung A5

| |
|--|
| Aufgabe A 5 |
| Transport auch instabiler Patient*innen |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Patient*innen müssen transportiert werden (nach der Operation, aus dem Schockraum, zur Intensivstation oder in die Röntgenabteilung o. ä.). Dabei können die Patient*innen bereits in einem instabilen Zustand sein oder während des Transportes durch Komplikationen hineingeraten. Es muss sichergestellt werden, dass die Kreislaufsituation und Atemwegssicherung/ Sauerstoffversorgung während des Transportes gewährleistet ist. Benötigte Materialien, wie Notfallequipment und Notfallmedikamente müssen vorbereitet werden. Während des Transportes muss sichergestellt sein, dass alle für die Überwachung wichtigen Geräte, wie z. B. der Monitor, eingesehen werden kann und alle Zuleitungen und Kabel gesichert sind. Weitere Hilfe muss bei Bedarf verfügbar und erreichbar sein.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Gesamter Operationsbereich, Wege und Aufzüge im Krankenhaus</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Bei instabilen Patient*innen wird die ATA von einem/einer Anästhesist*in begleitet.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A6

Tabelle 21 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A6

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|---|--------------------------|-----|---|
| Anästhesiepflege in Fachbereichen eines Grund- und Regelkrankenhauses | | A6 | Anästhesiologische Betreuung der Patient*innen in Fachbereichen der Bauchchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Unfallchirurgie und Orthopädie |

Quelle Eigene Darstellung

Diese Unterteilung wurde im Pretest als Idee entwickelt, um das Anforderungsniveau der verschiedenen Fachrichtungen zu unterscheiden. Diese Denkstruktur findet sich auch in den Versorgungsstufen der Krankenhäuser.

Krankenhäuser der Grundversorgung gewährleisten eine Versorgung auf den Gebieten der allgemeinen Chirurgie. Krankenhäuser der Regelversorgung müssen darüber hinaus weitere Fachabteilungen betreiben, zumeist für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde oder Orthopädie (Bundesministerium für Gesundheit 2023b: 18).

Die Einteilung der Praxiseinsätze in Pflicht- und Wahlpflichtfächer erfolgt in ähnlicher Struktur. In Anlage 1 der ATA-OTA-APrV werden die Bauch- und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Urologie als Pflichtfächer kategorisiert.

Tabelle 22 Aufgabenbeschreibung A6

| |
|---|
| Aufgabe A6 |
| Anästhesiologische Betreuung der Patient*innen in der Bauchchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Unfallchirurgie und Orthopädie |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die Fachkraft ist vertraut mit den Erkrankungen der jeweiligen Fachgebiete und den daraus resultierenden Anästhesie- und Operationsverfahren. Die Fachkraft kennt die Auswirkungen auf die Kreislaufsituation, die Atmung/Beatmung, Lagerung, die Medikamente und die Psyche und passt die Arbeitsprozesse entsprechend an.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Gesamter Operationsbereich</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Die Fachkraft arbeitet mit Anästhesist*innen, den Operateur*innen der jeweiligen Fachdisziplinen und der OP-Pflege zusammen.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A7

Tabelle 23 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A7

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|---|---|-----|--|
| Anästhesiepflege in speziellen Fachbereichen Kreissaal | Sectio-Saal/Herz-OP Kinderanästhesie | A7 | Anästhesiologische Betreuung der Patient*innen in der Kinderanästhesie, Herzchirurgie und der Geburtshilfe |

Quelle Eigene Darstellung

Entsprechend der Logik der Aufgabe A6 bieten größere Krankenhäuser Spezialgebiete an. Diese wurden von den Teilnehmer*innen des Pretests zusammengefasst. Die Praxiseinsätze Anästhesie in der Kinderchirurgie und der Geburtshilfe sind laut Anlage 1 der ATA-OTA-APrV Wahlpflichtfächer. Die Anästhesie in der Herzchirurgie wird nicht genannt. Ein Einsatz dort könnte unter der Rubrik *Anästhesie in anderen Fachrichtungen* geplant werden.

Tabelle 24 Aufgabenbeschreibung A7

| |
|--|
| Aufgabe A7 |
| Anästhesiologische Betreuung der Patient*innen in der Kinderanästhesie, Herzchirurgie und der Geburtshilfe |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA ist vertraut mit den Erkrankungen des jeweiligen Fachgebiets und den daraus resultierenden Operationsverfahren. Die Anästhesie bei Kindern ist u. a. gekennzeichnet durch eine fundierte Kenntnis der Medikamente sowie der Dosisanpassung für das jeweilige Kind (Alter, Größe). Ebenso müssen andere anatomische Gegebenheiten von Kindern in Bezug auf das Volumenmanagement, der Intubation und bei der Lagerung beachtet werden. Die Fachkraft muss die Kommunikation dem Altersstand anpassen und die Eltern mit einbeziehen.</p> <p>In der Geburtshilfe muss die Allgemein- und Regionalanästhesie an die physischen und psychischen Veränderungen der Schwangeren angepasst werden. Zusätzlich zur Überwachung der werdenden Mutter muss das Ungeborene überwacht werden. Die Fachkraft kennt die Auswirkungen der Anästhesie auf das Kind.</p> <p>Die Fachkraft bereitet für die Anästhesie in der Herzchirurgie spezielle Materialien und Geräte vor. Sie kann mit den Hochrisikopatient*innen umgehen, bei denen der Ausgang der Operation mitunter unklar ist.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Operationssäle, die besonders für die Belange der beschriebenen Patient*innengruppen eingerichtet und ausgestattet sind.</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Die Fachkraft arbeitet mit Anästhesist*innen, den Operateur*innen der jeweiligen Fachdisziplinen und der OP-Pflege zusammen. In der Geburtshilfe können Kinderärzt*innen, Hebammen/Geburtshelfer und Fachkinderkrankenpfleger*innen die Geburt unterstützen. In der Herzchirurgie arbeitet die Fachkraft mit Kardiotechniker*innen.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A8

Tabelle 25 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A8

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|-------------------------|--------------------------|-----|-----------------|
| Hygiene | | A8 | Hygiene |

Quelle Eigene Darstellung

Im Pretest wurde das hygienische Arbeiten als selbstverständliche Grundlage im Wissen und Können eingestuft und eine charakteristische Arbeitsaufgabe entwickelt. Im Workshop erscheint sie als Teilaufgabe in der Beschreibung der Einleitung (Tabelle 5). Da hygienische Regeln in jedem Arbeitsbereich und Arbeitsschritt eingehalten werden müssen, wird sie als Aufgabe beschrieben.

Tabelle 26 Aufgabenbeschreibung A8

| |
|--|
| Aufgabe A8 |
| Hygiene |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die Fachkraft muss den Arbeitsplatz und die Materialien nach hygienischen Regeln vorbereiten. Dazu gehört die persönliche Hygiene (Arbeitskleidung und Händehygiene) und die Regeln des aseptischen Arbeitens wie Abstandsregeln und Umgang mit Materialien, die Flächendesinfektion oder das Peel-off- Verfahren.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Alle Räume in den operativen Einheiten, wie auch im AWR, Schockraum und interventionellen Arbeitsplätzen</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Hygieneabteilung</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A9

Tabelle 27 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A9

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|-------------------------|--------------------------|-----|--|
| Aufwachraum | Aufwachraum | A9 | Betreuung der Patient*innen im Aufwachraum |

Quelle Eigene Darstellung

In beiden Workshops wurde der Aufwachraum als charakteristische Arbeitsaufgabe beschrieben.

Tabelle 28 Aufgabenbeschreibung A9

| |
|---|
| Aufgabe A9 |
| Betreuung der Patient*innen im Aufwachraum |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA betreut in der postoperativen Phase im Aufwachraum mehrere Patient*innen gleichzeitig. Dabei übernimmt sie die Patient*innen aus dem OP-Bereich und erhält von einem Arzt oder einer Ärztin eine Übergabe mit den relevanten Informationen. Sie kommt mit Hilfe der Krankenbeobachtung, den über den Monitor erhobenen Vitalzeichen und den Dokumenten zu einer Ersteinschätzung und überwacht den weiteren Verlauf. Drainagen, Verbände und die Vigilanz werden beobachtet. Sie überwacht wichtige Laborparameter mit Hilfe von Blutgasanalysen und führt das Schmerz- und Wärmemanagement fort. Angeordnete Medikamente und Infusionen werden verabreicht. Sie entscheidet eigenständig, auf Grund der Einschätzung des/der Patient*in, wann Ärzt*innen hinzugezogen werden müssen. Verschlechtern sich die Vitalwerte eines/einer Patient*in lebensbedrohlich, muss eine Intensivbehandlung eingeleitet werden. Bestimmte Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Unterstützung der Vitalfunktionen, wie Atem- und Kreislaufunterstützung werden durchgeführt. Alle gemessenen Parameter und Arbeitsschritte müssen dokumentiert werden.</p> |
| Arbeitsplatz: |

| |
|---|
| Der Aufwachraum ist ein der OP-Einheit angeschlossener, speziell eingerichteter Raum. |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Die Patient*innen werden von Anästhesist*innen oder den Operateur*innen an die Fachkraft des Aufwachraumes übergeben. Ist die Aufwachraumphase abgeschlossen, so wird des/der Patient*in dem Pflegepersonal der Station oder den Mitarbeiter*innen des Transportdienstes übergeben.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A10

Tabelle 29 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A10

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|-------------------------|--------------------------|-----|---|
| Schockraum | Schockraum | A10 | Betreuung der Patient*innen im Schockraum |

Quelle Eigene Darstellung

In beiden Workshops wurde der Schockraum als charakteristische Arbeitsaufgabe beschrieben.

Tabelle 30 Aufgabenbeschreibung A10

| |
|--|
| Aufgabe A10 |
| Betreuung der Patient*innen im Schockraum |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA betreut Notfallpatient*innen, die durch den Rettungsdienst zur Erstversorgung in ein Krankenhaus gebracht werden. Die Vorbereitungen des Schockraums beziehen sich auf instabile Patient*innen und auf Arbeitsprozesse, die schnell ablaufen müssen. Die Notfallmedikamente und das Notfallequipment (z. B. zur Atemwegssicherung) werden bereitgestellt. Die Fachkraft versorgt Patient*innen nach den Algorithmen der Erstversorgung (z. B. XABCDE oder FAST Schema). Sie überwacht Patient*innen durch einen Monitor, legt Zugänge, führt Blutgasanalysen durch und bestimmt Laborwerte. Alle Arbeitsprozesse erfolgen in enger Absprache mit Anästhesist*innen und anderen beteiligten Ärzt*innen der jeweiligen Fachdisziplinen. Sie unterstützt die Organisation der weiteren Behandlung im OP oder der stationären Behandlung. Sie bereitet den Transport der Patient*innen vor und begleitet sie ggf..</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Speziell eingerichteter Raum im Bereich der Notaufnahme.</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Die Fachkraft arbeitet mit Anästhesist*innen, den Operateur*innen der jeweiligen Fachdisziplinen zusammen.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A11

Tabelle 31 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A11

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|-------------------------|--------------------------|-----|---------------------|
| Psychosoziale Betreuung | Soziale Interaktion | A11 | Soziale Interaktion |

Quelle Eigene Darstellung

In beiden Workshops wurde die soziale Interaktion als charakteristische Arbeitsaufgabe beschrieben. Es wurde der Titel des Workshops übernommen, da dieser eine höhere Abstraktionsebene hat. Hier kann auch die interprofessionelle Kommunikation zugeordnet werden. Die psychosoziale Betreuung der Patient*innen ist eine Teilaufgabe der Sozialen Interaktion. In der Validierung gaben 85,7% an, die Aufgabe sei unverzichtbar für die Anästhesiepflege.

Tabelle 32 Aufgabenbeschreibung A11

| Aufgabe A11 |
|---|
| Soziale Interaktion |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA kommuniziert mit Patient*innen, Kolleg*innen, Ärzt*innen und anderen Berufsgruppen, wie den OTAs, den Medizin-Technischen Radiologieassistent*innen sowie mit den Angehörigen.</p> <p>Die ATA begrüßt und betreut Patient*innen, die sie für die Anästhesie vorbereitet. Sie erklärt bei allen Tätigkeiten, die sie durchführt, was sie macht, was das für den/die Patient*in bedeutet und warum sie es macht. Sie versucht Patient*innen die Angst und die Aufregung vor dem Eingriff zu nehmen. Dabei nimmt sie die Verfassung der Patient*innen wahr und reagiert situativ unter Anwendung verschiedener Kommunikationsstrategien. Diese Aufgabe schließt auch die Kommunikation mit psychisch kranken Patient*innen ein.</p> <p>Im Umgang mit den Kolleg*innen, Auszubildenden und Ärzt*innen spricht sie Arbeitsprozesse ab und löst Konflikte.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Der gesamte OP-Bereich, AWR und spezielle Funktionseinheiten.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A12

Tabelle 33 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A12

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|-------------------------|--------------------------|-----|-------------------|
| Schmerztherapie | Schmerzmanagement | A12 | Schmerzmanagement |

Quelle Eigene Darstellung

In beiden Workshops wurde die Schmerztherapie als charakteristische Arbeitsaufgabe beschrieben.

Tabelle 34 *Arbeitsbeschreibung A12*

| |
|--|
| Aufgabe A12 |
| Schmerzmanagement |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA erkennt und erfasst mit geeigneten Skalen die Stärke und den Charakter des Schmerzes. Dabei unterscheidet sie Assessments für die verschiedenen Patientengruppen, wie Erwachsene, Kinder und dementiell Erkrankte. Sie führt die Analgesie (setzt die medikamentöse Schmerzbehandlung) entsprechend der Anordnung durch bzw. erwirkt sie im interprofessionellen Austausch mit den Ärzt*innen eine Anpassung der Therapie. Sie kann akuten vom chronischen Schmerz unterscheiden und kennt die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Dabei kann sie auch eine nichtmedikamentöse Schmerzbehandlung durchführen. Die Therapie wird überwacht, evaluiert und dokumentiert. Sie informiert und berät ihre Patient*innen über die Schmerzbehandlung. Manche Anästhesieabteilungen bieten einen sogenannten Schmerzdienst an. Dabei visitiert die ATA die Patient*innen, die mit speziellen Schmerz-Katethern und Schmerz-Pumpen versorgt werden, auf den Stationen. Sie überwacht die Behandlung und sorgt für den reibungslosen Betrieb der Pumpen; die immer in Absprache mit den Anästhesist*innen.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Schmerzen können in allen Bereichen, in denen die ATA arbeitet (Schockraum, OP-Säle oder im Aufwachraum) auftreten.</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>Im OP, dem Schockraum und dem Aufwachraum wird die Analgesie interprofessionell mit den Anästhesist*innen besprochen. Im Aufwachraum ist die nachbehandelnde Station Adressat der durchgeführten Schmerzbehandlung.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A13

Tabelle 35 *Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A13*

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|------------------------------------|---------------------------------|------------|--|
| Interventionelle Funktionsbereiche | | A13 | Betreuung der Patient*innen in speziellen Funktionsbereichen |

Quelle Eigene Darstellung

Die Betreuung in speziellen Funktionsbereichen wurde im Workshop nicht als Arbeitsaufgabe entwickelt. Sie ist in § 9 Absatz 1e und Absatz 2 a im ATA-OTA-G als Einsatzbereich beschrieben. In der Validierung gaben die Hälfte aller Teilnehmer*innen an, die Aufgabe sei typisch für den Beruf (Anhang 10, Nr.4). Sie wird daher als Arbeitsaufgabe übernommen.

Tabelle 36 *Arbeitsbeschreibung A13*

| |
|--|
| Aufgabe A13 |
| Betreuung der Patient*innen in speziellen Funktionsbereichen außerhalb des OPs |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA betreut Patient*innen während der Magnetresonanztomographie (MRT), in der Radiologie, Angiologie, Herzkatheterlabor o.ä.</p> <p>Ängstliche Patient*innen oder Kinder benötigen häufig eine Narkose zur Untersuchung oder Behandlung. (z.B. Strahlenbehandlung) Diese Funktionsbereiche befinden sich in der Regel nicht in der OP-Einheit. Sie sind in den Fachbereichen untergebracht und je nach baulicher Voraussetzung des Krankenhauses sind sie in anderen Gebäuden. Alle Materialien (siehe A1) müssen entweder dorthin transportiert oder in diesen Abteilungen vorgehalten werden. Die ATA arbeitet dort immer mit einer/ einem Anästhesist*in zusammen. Sollte es zu einem Notfall kommen, hat die angeforderte Hilfe diese räumliche Distanz zu überwinden. Dies muss im Notfallmanagement berücksichtigt werden.</p> <p>Im MRT muss die ATA beachten, dass nur Materialien verwendet werden, die nicht magnetisch oder eisenhaltig sind. Sie prüft, ob Patient*innen magnetische Gegenstände mitführen oder magnetische Zugänge, wie z. B. Blasenkatether oder Endotrachealtuben haben. Sie verwendet MRT-kompatible EKG- Elektroden, Beatmungsgeräte und Monitoreinheiten. Sie verlängert alle Infusions- und Perfusionsschläuche und führt diese in den benachbarten Überwachungsraum.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Radiologie, CT, MRT, Angiologie, Herzkatheterlabor</p> |
| <p>Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen:</p> <p>sämtliche Fachrichtungen, die Leistungen benötigen</p> |

Quelle *Eigene Darstellung*

Berufliche Arbeitsaufgabe A14

Tabelle 37 *Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A14*

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|--------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------|
| Patient*innensicherheit | | A14 | Patient*innensicherheit |

Quelle *Eigene Darstellung*

In dieser Arbeitsaufgabe haben die Teilnehmer*innen des Pretests die Teilaufgaben der Patient*innensicherheit zusammengefasst, die im Workshop in der Einleitung und der Schleuse als Teilaufgaben aufgeführt wurden (Tabelle 5). Sie müssen als konstituierendes Merkmal in allen Arbeitsbereichen beachtet werden und werden daher als charakteristische Arbeitsaufgabe übernommen.

Tabelle 38 Arbeitsbeschreibung A14

| |
|---|
| Aufgabe A14 |
| Patientensicherheit |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA beachtet in vielen Arbeitsprozessen die Patient*innensicherheit. Bei jedem Patientenkontakt können sich Komplikationen entwickeln. Die ATA muss diese erkennen. Sie überwacht den Gesundheitszustand und die Vitalwerte und reagiert adäquat auf Veränderungen. Dazu gehören das Wärmemanagement und die leitliniengerechte Reanimation.</p> <p>Bei der Entgegennahme der Patient*innen prüft sie mit Hilfe von Checklisten die Identität, das Armbändchen, die Markierung des OP-Feldes und ob alle Unterlagen (Aufklärungen, Einwilligungen) vollständig sind. Sie prüft, ob der/die Patient*in Allergien oder Vorerkrankungen hat und nüchtern ist. Sie achtet darauf, dass der/die Patient*in keinen Schmuck, keine Kleidung und medizinische Hilfsmittel trägt. Sie achtet auf die richtige Lagerung des/der Patient*in, um Dekubiti, und Thrombosen zu verhindern. Bei Patient*innen, die eine Allgemeinnarkose bekommen, schützt sie die Augen vor Austrocknung. Sie fixiert den/die Patient*in, dass er oder dessen Extremitäten nicht herunterfallen können.</p> <p>Alle Arbeitsschritte und Überwachungsergebnisse werden dokumentiert.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>In allen Bereichen, wo ein/e Patient*in übernommen und auf eine Narkose vorbereitet wird, wie der Schleuse, der Holding, der Einleitung und dem OP-Saal.</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Arbeitsaufgabe A15

Tabelle 39 Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A15

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|-------------------------|--------------------------|-----|------------------------------|
| Organisatorisches | | A15 | Organisatorische Tätigkeiten |

Quelle Eigene Darstellung

Im Workshop wurden keine organisatorischen Aufgaben als charakteristisch für den das Handlungsfeld der Anästhesie beschrieben. In der Validierung reichte die Einschätzung der Bedeutung von „ist kein Bestandteil der Facharbeit“ (2 Teilnehmer*innen) bis „ist unverzichtbar“ (2 Teilnehmer*innen). Die Auffassung, dass die meisten Facharbeiter diese Aufgabe beherrschen sollten, teilten 3 Teilnehmer*innen (Anhang 10, Nr.5) Daher wurde sie in das Aufgaben-Portfolio aufgenommen.

Tabelle 40 *Arbeitsbeschreibung A15*

| |
|---|
| Aufgabe A15 |
| Organisatorische Tätigkeiten |
| Erläuterung: Die ATA stellt fest, ob Materialien oder Medikamente fehlen, bestellt diese und räumt sie ein. Sie organisiert die Pausen, denn sie braucht immer einen Vertreter für die Betreuung ihrer Patient*innen. |
| Arbeitsplatz: Der gesamte Operationsbereich. Die Bestellung erfolgt am Computer im Stationsbüro. |
| Schnittstellen zu anderen Fachabteilungen: Materialbeschaffung, Apotheke |

Quelle Eigene Darstellung

Berufliche Arbeitsaufgabe A16

Tabelle 41 *Prozess Ermittlung des Aufgabentitels A16*

| Aufgabentitel / Pretest | Aufgabentitel / Workshop | Nr. | Zusammenführung |
|--------------------------------|---------------------------------|------------|---|
| Anleitung | | A16 | Anleitung neuer Kolleg*innen, Auszubildenden und Ärzt*innen |

Quelle Eigene Darstellung

Die Thematik der Anleitung wurde im Workshop in Bezug zur Kinderanästhesie erörtert. Eine Teilnehmerin beschrieb, dass sie dort Ärzt*innen einarbeiten muss, die dieses Arbeitsfeld nicht kennen. „Interaktion mit vielleicht sogar unsicheren Teammitgliedern. Es sind dann Anästhesisten oder Anästhesistinnen da, die nicht so häufig drin sind. Und man muss dann selber so ein bisschen mit anleiten [...] (p.K., AD1, Min. 18)

Warum die Anleitung neuer Kolleg*innen, Auszubildenden und Praktikant*innen nur im Pretest identifiziert wurde, ist unklar. Womöglich ist sie nicht als charakteristisch erachtet worden, da auch in anderen Berufen angeleitet werden muss. In der Validierung reichten die Angaben von: Die Aufgabe ist kein Bestandteil des Berufs, da sie zu allgemein ist und in vielen Berufen vorkommt (28,6%) bis: Sie ist unverzichtbarer Bestandteil (71,4%) (Anhang 10, Nr.6). Durch die ermittelte Tendenz wurde die Anleitung in das Aufgaben-Portfolio aufgenommen.

Tabelle 42 Aufgabenbeschreibung A16

| |
|--|
| Aufgabe A16 |
| Anleitung neuer Kolleg*innen, Auszubildender und Praktikant*innen |
| <p>Erläuterung:</p> <p>Die ATA unterstützt neue Kolleg*innen an ihrem Arbeitsplatz. Sie zeigt ihnen alle Räumlichkeiten, inklusive der Lagerräume und stellt sie allen Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen vor. Sie begleitet die neuen Kolleg*innen bei der Arbeit so lange, bis sie sich sicher fühlen. Die Auszubildenden werden strukturiert von Praxisanleiter*innen angeleitet, die die ATA nach Bedarf unterstützt.</p> |
| <p>Arbeitsplatz:</p> <p>Alle Anästhesiearbeitsplätze</p> |

Quelle Eigene Darstellung

7.2 Berufsbild

Als Ergebnis der vorliegenden Forschungsarbeit wird folgendes Berufsbild formuliert.

Der Beruf der Anästhesietechnischen Assistenz ist ein Gesundheitsberuf, der durch das Inkrafttreten des ATA-OTA-G als Heilberuf anerkannt ist. In der deutschen Klassifizierung der Berufe 2010 wird der Beruf in die zweite Anforderungsstufe als Facharbeit eingeordnet und findet sich in den folgenden Rubriken:

- 8 Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung
- 81 Medizinischen Gesundheitsberufe
- 81332 Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten

Der Abschluss qualifiziert zur Facharbeit im Handlungsfeld der Anästhesie, außerhalb der Intensivstationen. In den Operations- und Aufwacheinheiten zur stationären und ambulanten anästhesiologischen Versorgung werden die Patient*innen von der ATA eigenständig oder durch interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere mit den Anästhesist*innen betreut. Die Notaufnahme und verschiedene Interventionelle Versorgungsbereiche, wie die Endoskopie und die anästhesiologische Betreuung - z.B. in der Radiologie, gehören zu den Arbeitsbereichen.

Charakteristische Aufgaben sind die systematische Herstellung der Betriebsbereitschaft des jeweiligen Arbeitsbereichs. Medizintechnische Geräte müssen vor ihrem Einsatz auf Funktionsfähigkeit geprüft und Medikamente sowie Materialien bereitgestellt werden. Mit Hilfe standardisierter Sicherheitschecks und angemessener Kommunikation werden die Patient*innen auf die Narkose vorbereitet. Bei der Einleitung einer Voll- oder Regionalnarkose, wie auch während der Operation und

bei der Ausleitung aus der Narkose, assistiert die ATA dem/der Anästhesist*in und überwacht dabei den gesundheitlichen Zustand. In den Aufwacheinheiten überwacht und betreut sie den/die Patient*in eigenständig. Sie führt ärztlich veranlasste Anordnungen durch, wie etwa die Verabreichung von Medikamenten. Sie ist in der Lage, Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und situationsgerecht darauf zu reagieren und ggf. ärztliche Unterstützung anzufordern. Sie leitet lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des/der Arzt*in ein. Der Transport auch lebensbedrohlich Erkrankter zur stationären Weiterbehandlung innerhalb der Operationseinheit oder aus der Notaufnahme wird von der ATA vorbereitet und begleitet.

Sie erfasst den Schmerz unter Zuhilfenahme von Schmerzerfassungsinstrumenten und führt medikamentöse Schmerztherapie nach ärztlicher Anordnung eigenständig durch und überwacht diese.

Alle Arbeitsschritte werden unter Einhaltung hygienischer Vorschriften durchgeführt und dokumentiert.

Organisatorische Arbeiten, wie das Bestellwesen und Materialmanagement und die Anleitung neuer Kolleg*innen gehören ebenso zur Tätigkeit der ATA.

Besondere berufsbildende Fähigkeiten

Die Herstellung von Funktionsbereitschaft der Arbeitsbereiche erfordert ein hohes Maß an methodischen und systematischen Fähigkeiten. Der Beruf erfordert medizintechnisches Interesse und die Kompetenz situationsgerecht schnell zu handeln. Charakterisierend für das Handlungsfeld der Anästhesie ist die Unvorhersehbarkeit und Dynamik der Patient*innensituation. Durch die Einleitung der Narkose, die pharmakologischen Wirkungen, deren Interaktion mit dem Gesundheitszustand des/der Patient*in ergeben sich viele Unvorhersehbarkeiten. Eine Notfallsituation kann sich immer ergeben, auf die eine ATA vorbereitet sein muss. Auch die psychische Verfassung des/der Patient*in spielt dabei eine wichtige Rolle. Es erfordert ein hohes Maß an sozialer Kompetenz, diese wahrzunehmen und angemessen darauf einzugehen. Die soziale Interaktion - auch im Sinne von Teamfähigkeit - ist die Basis einer guten Zusammenarbeit und Beherrschbarkeit der schnell wechselnden Situationen.

Schnittstellen

Die ATA arbeitet eng mit Anästhesist*innen zusammen. Aber auch die im OP tätigen Chirurg*innen, Instrumentierenden, die Kolleg*innen der Normalstationen, der

Intensivstation, der Notaufnahme und des Transportdienstes sind Schnittstellen der ATA.

8 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Workshops, die Methode und die Limitationen diskutiert.

Es konnten 16 charakteristische Arbeitsaufgaben ermittelt werden. Daraus ergibt sich ein strukturierter Überblick über die Facharbeit. Durch die Erfassung der individuellen Werdegänge konnte der biographische Umfang der Facharbeit aus der Sicht der Expert*innen erfasst werden. Die Moderator*innen haben die neutrale Position nicht verlassen und keine Arbeitsaufgaben vorgeschlagen. Einzig im Pretest wurde die Thematik *Pflegeprozess und Pflegeplanung* eingebracht. Diese wurde vor dem Pretest von einer Teilnehmerin mit dem I&A Berufsabschluss über das Arbeitsblatt *Individueller beruflicher Werdegang* identifiziert, die aber nicht am Workshop teilnehmen konnte. Da die Thematik auch im zweiten Workshop von einer I&A Teilnehmerin eingebracht wurde, konnte sie in der Gruppe diskutiert werden (Protokollnotiz).

Den Befund von Lehmann (Lehmann 2014: 156), dass ATAs kein Pflegeverständnis haben, könnte an fehlendem Wissen zum Pflegeprozess liegen. Die Vermittlung dieser Thematik hat der Gesetzgeber für ATAs nicht vorgesehen und sie erschien den Teilnehmer*innen auch nicht relevant oder sinnvoll im Handlungsfeld der Anästhesie. Sowohl im Pretest als auch im Workshop wurde der Vorschlag abgelehnt (Protokollnotiz).

Einblicke, die die Auszubildenden durch das Pflegepraktikum in das Berufsfeld der Pflegefachfrauen und -männer erhalten, wurden dennoch von allen Teilnehmern als wertvoll erachtet. Pflegerische Tätigkeiten wie die Lagerung (p.K., AD2, Min. 25), die soziale Interaktion und auch die längere Kontaktzeit mit den Patient*innen wurden als Begründung genannt (p.K., AD2, Min.18). Ob die Impulse durch dieses Praktikum und die Tätigkeit im AWR ausreichen, um ein ähnliches Pflegeverständnis zu erlangen wie die Kolleg*innen der I&A, bleibt offen.

Die Teilnehmer*innen der Studie von Lehmann erwarteten, dass sich im pflegerischen Handeln der ATAs im Vergleich mit den I&A Kolleg*innen nach längerer Berufserfahrung keine Unterschiede mehr zeigen (Lehmann 2014: 157). Weitere Studien sind nötig, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der im Handlungsfeld der Anästhesie tätigen Berufsgruppen mit und ohne Pflegeausbildung zu

erforschen. Dabei sind die Begriffe der Pflege, des Pflegeverständnisses und der pflegerischen Handlung zu differenzieren.

Aus den Arbeitsaufgaben, über die Konsens herrscht, konnte eine Beschreibung des Berufsbilds abgeleitet werden, das ausschließlich auf den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit beruht. Um die Neutralität zu wahren und die Teilnehmer*innen der Workshops nicht zu beeinflussen, wurden vom Moderator keine Begrifflichkeiten (z.B. der Kompetenzbegriff) aus dem ATA-OTA-G und der ATA-OTA-APrV eingebracht. Ein Abgleich der beschriebenen Arbeitsaufgaben mit den im ATA-OTA-G formulierten Zielen der Ausbildung ergibt eine große Schnittmenge. Lediglich rechtliche Aspekte und Gesundheitsvorschriften wurden nicht identifiziert. Folgende Tabelle 29 zeigt den Vergleich:

Tabelle 43 Vergleich der Ausbildungsziele des ATA-OTA-G und der Ergebnisse der EFW

| ATA-OTA-G § 8 Gemeinsames Ausbildungsziel | Ergebnisse der EFW |
|---|---|
| 1. Eigenverantwortlich insbesondere die folgenden Aufgaben auszuführen: | A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten |
| a) Herstellen der Funktions- und Betriebsbereitschaft des jeweiligen Einsatzbereichs unter Beachtung spezifischer Anforderungen von diagnostischen und therapeutischen Versorgungsbereichen im ambulanten und stationären Bereich | A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten |
| b) geplantes und strukturiertes Vorbereiten, Durchführen und Nachbereiten von berufsfeldspezifischen Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie | |
| c) sach- und fachgerechtes Umgehen mit Medikamenten, medizinischen Geräten und Materialien sowie mit Medizinprodukten | A14 Patient*innensicherheit |
| d) Sicherstellen der Funktions- und Betriebsbereitschaft des jeweiligen Versorgungsbereichs | A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten |
| e) Einhalten der Hygienevorschriften sowie der rechtlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzvorschriften | A8 Hygiene Rechtliche Aspekte fehlen |
| f) Übernehmen der Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Versorgungsbereichen unter Berücksichtigung ihres gesundheitlichen Zustands | A14 Patient*innensicherheit |
| g) Überwachen des gesundheitlichen Zustands der Patientinnen und Patienten und seines Verlaufs während des Aufenthaltes in den jeweiligen Versorgungsbereichen | A14 Patient*innensicherheit |

| | |
|---|--|
| h) fachgerechte Übergabe und Überleitung der Patientinnen und Patienten einschließlich des Beschreibens und der Dokumentation ihres gesundheitlichen Zustands und dessen Verlaufs | A2 den/die Patient*in entgegennehmen, auf die Narkose vorbereiten und einleiten. A 9 Betreuung der Patient*innen im Aufwachraum |
| i) angemessenes Kommunizieren mit den Patientinnen und Patienten sowie weiteren beteiligten Personen und Berufsgruppen | A11 Soziale Interaktion |
| j) Durchführen von qualitätssichernden und organisatorischen Maßnahmen in den jeweiligen Einsatzbereichen sowie Dokumentieren der angewendeten Maßnahmen | A15 Organisatorische Tätigkeiten A14 Patient*innensicherheit |
| k) Aufbereiten von Medizinprodukten und medizinischen Geräten | A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten |
| l) Einleiten lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes | A14 Patient*innensicherheit |
| 2. im Rahmen der Mitwirkung insbesondere die folgenden Aufgaben auszuführen: | |
| a) fach- und situationsgerechtes Assistieren bei anästhesiologischen Maßnahmen und Verfahren und operativen Eingriffen in anästhesiologischen und operativen Funktionsbereichen und weiteren Versorgungsbereichen | Assistierende Tätigkeiten finden sich in folgenden Arbeitsaufgaben: A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A13 |
| b) eigenständiges Durchführen ärztlich veranlasster Maßnahmen in anästhesiologischen und operativen Funktionsbereichen und weiteren Versorgungsbereichen | A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A12, A13 |
| 3. insbesondere die folgenden übergreifenden fachlichen, methodischen und personalen Kompetenzen anzuwenden: | |
| a) interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit und fachliche Kommunikation | A11 Soziale Interaktion |
| b) Entwicklung und Umsetzung berufsübergreifender Lösungen, die die Optimierung der Arbeitsabläufe ermöglichen und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigen | |
| c) Analyse, Evaluation, Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität des eigenen beruflichen Handelns | |
| d) Mitwirkung an der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsfachberufen | A 6 Anleitung neuer Kolleg*innen, Auszubildender und Praktikant*innen |
| e) Berücksichtigung von Aspekten der Qualitätssicherung, der Patientensicherheit, der Ökologie und der Wirtschaftlichkeit | |

| | |
|--|---|
| <p>§ 9</p> <p>Spezifisches Ausbildungsziel für Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten</p> <p>Die Auszubildenden zur Anästhesietechnischen Assistentin oder zum Anästhesietechnischen Assistenten sind zu befähigen:</p> | |
| <p>a) Herstellen der Funktions- und Betriebsfähigkeit des anästhesiologischen Versorgungsbereichs</p> | <p>A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten</p> |
| <p>b) Vorbereiten und Koordinieren der zur Durchführung anästhesiologischer Maßnahmen und Verfahren erforderlichen Arbeitsabläufe sowie deren Nachbereitung</p> | <p>A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten</p> |
| <p>c) sach- und fachgerechtes Umgehen mit Medikamenten, die zur Anästhesie in anästhesiologischen Versorgungsbereichen angewendet werden</p> | <p>A14 Patient*innensicherheit</p> |
| <p>d) Durchführen von bedarfsgerechten Maßnahmen und Verfahren zur Betreuung der Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes im anästhesiologischen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung ihres physischen und psychischen Gesundheitszustands</p> | <p>A14 Patient*innensicherheit</p> |
| <p>e) Überwachen des gesundheitlichen Zustandes der Patientinnen und Patienten und seines Verlaufs während des Aufenthaltes in den jeweiligen Versorgungsbereichen und Aufwacheinheiten außerhalb von Intensivtherapiestationen</p> | <p>A14 Patient*innensicherheit</p> |
| <p>2 im Rahmen der Mitwirkung insbesondere die folgenden Aufgaben auszuführen:</p> | |
| <p>a) fach- und situationsgerechtes Assistieren bei anästhesiologischen Maßnahmen und Verfahren in anästhesiologischen Funktionsbereichen und weiteren Versorgungsbereichen</p> | <p>Assistierende Tätigkeiten finden sich in folgenden Arbeitsaufgaben: A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A13</p> |
| <p>b) eigenständiges Durchführen ärztlich veranlasster Maßnahmen in anästhesiologischen Funktionsbereichen und weiteren Versorgungsbereichen</p> | <p>A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A12, A13</p> |

Quelle Eigene Darstellung

Die Aufgabenanalyse der vorliegenden Arbeit und die normativen Vorgaben aus den Ausbildungszielen (Definition des Qualifikationsniveaus) des ATA-OTA-G ergeben die Qualifikationsanforderungen (Kleiner et al. 2002: 79f.)

Um aus den Ergebnissen der Workshops ein Curriculum zu entwickeln, wäre eine klare Einordnung in die vier Lernbereiche nötig. Dies ist weder im Pretest noch im Workshop gelungen. Mehrere mögliche Ursachen kommen infrage:

Die Dauer des Pretests war zu kurz. Durch die Umstände konnte nur vier Stunden gearbeitet werden und der Prozess wurde abgebrochen. Auch die Dauer des zweiten Workshops war zeitlich eingegrenzt. Aufgrund fehlender finanzieller Unterstützung wurde nur ein Tag verwirklicht und das Zeitlimit überschritten, da der Diskussionsbedarf und das Engagement der Teilnehmer*innen groß waren. Dies limitiert die Ergebnisse, insbesondere die der Lernbereichszuordnung. Aus Zeitgründen musste die Diskussion über die Zuordnung beendet werden, um noch die Forschungsfrage (Bereitet die ATA-Ausbildung ausreichend auf das Handlungsfeld der Anästhesiepflege, insbesondere den AWR vor?) zu erörtern.

Eine weitere mögliche Ursache ist, dass dem Moderator die Aufgabenstellung und Erklärung der Lernbereiche nicht gelungen ist. Dass ein grundsätzliches Gefahrenpotenzial auszuklammern sei, wurde vom Moderator wiederholt erklärt und durch die PPT (Anhang 6) unterstützt. Im Feedback wurden keine Verständnisprobleme genannt.

Dem Denkmodell, das Gefahrenpotenzial auszuklammern, gelang nur kurzfristig. Die Einordnung aller Aufgaben erfolgte eindeutig und einvernehmlich bis eine Teilnehmerin mit 35 Jahren Berufserfahrung insistierte, der/die Schüler*in könne doch in der Ausleitung nicht allein arbeiten (Protokollnotiz). In der folgenden Diskussion schlossen sich die anderen Teilnehmer*innen an und verwarfen die klare Einordnung der Arbeitsaufgaben A3 (Durchführung und Überwachung der Narkose im Operationssaal) A4 (Bei der Narkoseausleitung unterstützen) und A11 (Soziale Interaktion) in die Lernbereich eins bis zwei. Am Ende dieses Arbeitsschritts wurden die Teilnehmer*innen aufgefordert das Ergebnis auf der Metaplanwand zu überprüfen und blieben dabei, einige Arbeitsaufgaben nicht einordnen zu können (Anhang 12).

Ähnlich verlief der Prozess bei der Einordnung des Aufwachraumes. Auf die Frage des Moderators, ob die ATA-Ausbildung gut auf dieses Handlungsfeld vorbereitet hätte, bejahten dies alle vier ATAs (p.K., AD2, Min. 23). Zwei Personen beschrieben ausführlich ein Sicherheitsgefühl und eine gute Einarbeitung, obwohl sie keinen ITS-Einsatz während der Ausbildung hatten. Schließlich insistierte auch hier die Erfahrenste aus der Gruppe: "Also, wenn ich da 11 Patienten liegen hab, dann geh auch ich baden. Da kannst du noch so viel Struktur haben [...] Und dann hast du gleich noch einen für Intensiv geparkt und da werden die nicht abgeholt dann." (p.K., AD2, Min. 8)

Eine ähnliche Beobachtung wurde im Pretest gemacht. Die Teilnehmerin, die sich kurz vor dem Renteneintritt befand, hatte die größte Mühe, die Einleitung in den Lernbereich zwei einzuordnen, konnte sich aber nach einiger Zeit auf den Vorschlag einlassen, das allgemeine Notfallrisiko herauszurechnen (Protokollnotiz).

Die Expert*innen der Facharbeit haben den in Kap.3.4.2 beschriebenen Prozess vom/von der Noviz*in zum Expert*in durchlaufen. Ihr Arbeitsprozesswissen hat sich durch Antizipation mit vielen erlebten Situationen verändert und bildet mit dem theoretischen Fachwissen eine Einheit, die handlungsleitend ist. Die Teilnehmer*innen haben viele Notfallsituationen erlebt und bewältigt und können diese Erfahrung nun nicht mehr von dem regelgeleiteten Prozess z.B. der Einleitung des/der Patient*in zur Narkose trennen. Es gelang ihnen nur kurz, sie ließen sich auf die Erklärung des Moderators ein, rechneten das Notfallrisiko heraus, um daraufhin wieder die große Herausforderung zu sehen.

Dieser Denkprozess erinnert an die Subjektiven Theorien kurzer Reichweite nach Wahl. Er spricht von komprimiertem Expertenwissen, das handlungsleitend, aber auch schwer veränderbar und implizit ist (Wahl 1991: 50). Es bedarf bestimmter Techniken, um sich subjektive Theorien bewusst zu machen, sie zu verstehen und zu verändern¹¹. Da die Teilnehmer*innen sich ihrer Subjektiven Theorien nicht bewusst wurden, folgten sie ihren Überzeugungen bzw. ihrem auf Erfahrung beruhendem Expert*innenwissen. Expert*innen der Anästhesiepflege wissen und haben erfahren, dass scheinbar einfache Abläufe eskalieren, d.h. kompliziert und herausfordernd werden können. Insbesondere Teilnehmer*innen mit der längsten Berufserfahrung haben auf die großen Herausforderungen hingewiesen (Protokollnotizen), (p.K., AD2, Min. 8). Denn diese haben bereits eine Vielzahl von Komplikationen erlebt. Wenn es ein Spezifikum der Pflege (Brandenburg / Dorschner 2014: 37) gibt, so kann diese Unberechenbarkeit als spezifisch für die Anästhesiepflege gelten, die von der beständigen Möglichkeit einer Notfallsituation geprägt ist. Denn die Anästhesie unterscheidet sich von anderen medizinischen Fachgebieten in ihrer Dynamik, die stark mit der Komplexität der Umgebung interagiert. Diese Interaktion macht das Auftreten von Zwischenfällen sehr viel wahrscheinlicher (Gaba / Fish / Howard 1998: 8).

Bei der Literaturrecherche konnte für die Gesundheitsberufe eine Berufsfeldanalyse für die generalistische Pflegeausbildung identifiziert werden (Schneider /

¹¹ Wahl beschreibt dazu 2006 in seinem Buch *Lernumgebungen erfolgreich gestalten* Lernprozesse mit Hilfe verschiedener aufwendiger Techniken zur Bewusstmachung und Veränderung (Wahl 2006)

Kuckeland / Hatziliadis 2019: 18). Dabei erfassten die Autore*innen ebenfalls das Arbeitsprozesswissen mit Hilfe mehrerer Experten-Workshops. Um aber den Kerngegenstand der Pflege, den Beziehungs- und Kommunikationsprozess zu erfassen, folgten sie den Erkenntnissen der Pflegewissenschaftlerin Karin Wittneben, die das Ableiten eines curricularen Prozesses allein aus Arbeitsprozessen kritisiert, da der Kerngegenstand der Pflege nicht erfasst werde. (Wittneben 2003: 129). Sie stellt diesen dagegen in den Mittelpunkt und entwickelte Lernfelder auf der Basis pflegerischer Handlungssituationen. Aus den Narrativen von Auszubildenden über pflegerische Handlungen konnte ihr Erleben, Fühlen und der Beziehungsprozess zum/zur Patient*in erfasst werden. Beispielsweise wurde bei der Ganzkörperwäsche über Angst, Ekel und Scham berichtet. So konnten die Beschreibung eines Arbeitsablaufs auch die Kommunikation und die Patient*innenbeziehung einfließen (Wittneben 2009: 118). Die Autor*innen der Berufsfeldanalyse verbanden beide Forschungsansätze: die Erfassung des Arbeitsprozesswissen und die Identifikation von Handlungssituationen. Beide Denkschulen konnten miteinander verknüpft werden, obwohl sie teilweise gegensätzlich sind (Schneider / Kuckeland / Hatziliadis 2019: 13). Geforscht wurde mit einer methodologischen Triangulation von Beobachtungen Pflegenden in unterschiedlichen Handlungssituationen, fokussierten Interviews und Experten-Workshops. Ziel war es, neben den Kern- und Teilaufgaben der Pflege auch die herausfordernden Situationen, Konflikte und die Kommunikationsweisen in der Interaktion mit unterschiedlichen Klient*innen zu eruieren (Schneider / Kuckeland / Hatziliadis 2019: 18). Im Ergebnis konnten 23 Kategorien herausfordernder Situationen identifiziert werden, so z.B. potenzielle oder akute Notfallsituationen. Für den Bereich der Kommunikation entstanden 56 Kategorien, z.B. die verbale Kommunikation mit Klient*innen, im Team und die non-verbale Kommunikation (Schneider / Kuckeland / Hatziliadis 2019: 26).

In den beiden Workshops der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die Relevanz der Beziehungsarbeit und Kommunikation im Handlungsfeld Anästhesiepflege herausgearbeitet und in der Arbeitsaufgabe A11 (Soziale Interaktion) beschrieben (s. Kap. 7.1). Das Anforderungsniveau konnte nicht bestimmt werden, da auch nach vielen Berufsjahren soziale Interaktionen sehr herausfordernd sein können (Protokollnotiz). Insofern lassen sich durch die vorliegende Arbeit Befunde für eine Gemeinsamkeit des Pflegeberufs (Beziehung und Herstellung einer kommunikativen Beziehung als Spezifikum der Pflege) (Brandenburg / Dorschner 2014: 37) und der Anästhesiepflege finden. Allerdings sind die Kontaktzeiten zwischen der

Anästhesiefachkraft und dem/der Patient*in nur von kurzer Dauer. Im Pflegeberuf hingegen sind insbesondere in der Alten- und ambulanten Pflege lange Behandlungszeiten möglich. Der Begriff der Beziehung erscheint daher in einem anderen Kontext. Dennoch sind die sozialen Interaktionen zwischen Anästhesiepflege und Patient*innen aufgrund der gesundheitlich und psychisch belasteten Situation entscheidend.

In einem Lehrbuch der Anästhesie- und Intensivpflege findet sich der Hinweis, dass ein empathisches, freundliches Verhalten und Kommunizieren die Ängste von Patient*innen reduziert (Larsen 1992: 25). Es konnte für den deutschsprachigen Raum eine Studie identifiziert werden, die diesen Zusammenhang für die Anästhesiepflege belegt (Bühlmann / Käppeli 1999: 241). Ein weiterer Befund ist ein Review internationaler Studien (Leinonen / Leino-Kilpi 1999: 125). Neuere Studien beziehen sich auf den positiven Einfluss der Ärzt*innen auf die Patient*innen. Deren Kommunikation bis zur Suggestion stehen in den letzten Jahren im Fokus der Forschung (Cyna / Andrew / Tan 2009), (Hansen / Bejenke 2010).

Im Gesetzesentwurf der Landesregierung Nordrhein-Westfalen (NRW) zur Umsetzung des ATA-OTA-G wird im Problemhintergrund die Relevanz einer empathischen und individuellen Begleitung von Patient*innen in den komplexen Versorgungssituationen beschrieben. Dafür werden demnach hochqualifizierte Fachkräfte in interprofessionellen Teams benötigt (o.N. 2021: 1). Der DBfK Nordwest e.V. sieht dies als Schwierigkeit und bezieht dazu Stellung:

„Denn genau dafür sollen, werden und sind ATA und OTA als technische Assistenzberufe gerade nicht qualifiziert. [...] ATA und OTA sehen sich selbst häufig als Angehörige eines Pflegeberufes. Bei ATA und OTA handelt es sich aber um ärztliche Assistenzberufe. [...] sind keine Heilberufe, sie zählen nicht zu den Pflegeberufen.“ (Dichter / Mehmecke 2021: 2f.)

Diese strikte Trennung der ATA vom Pflegeberuf des Berufsverbands kann nicht mit fehlender Qualifikation in sozialen und kommunikativen Kompetenzen begründet werden. In der theoretischen Ausbildung sind 120 Stunden im Kompetenzschwerpunkt 6 vorgesehen. Dort heißt es u.A.: „[...] Die Auszubildenden gestalten professionelle Beziehungen mit Patientinnen und Patienten [...], die von Empathie und Wertschätzung gekennzeichnet sind [...].“ (Anlage 1 ATA-OTA-APrV) Ebenfalls ist dort festgelegt, dass der Beruf der ATA nicht ausschließlich ein Assistenzberuf ist (s. Kap. 2.2). Dieser Einwand kann daher nicht als trennendes Merkmal zum Pflegeberuf angeführt werden.

Die soziale Interaktion gehört, so das Ergebnis der vorliegenden Studie, zur täglichen Arbeit und hat eine hohe Bedeutung (s. Kap.6.2.6). Dass die Erfassung des Arbeitsprozesswissens für eine Berufsfeldanalyse nicht ausreicht, muss auch im untersuchten Handlungsfeld der Anästhesiepflege angenommen werden. Für die curriculare Ermittlung handlungsorientierter Lernfelder müssten Beobachtungsstudien und Interviews ergänzt werden. Dabei könnte auch das Erleben und Fühlen der Anästhesiefachkräfte sowie das mitschwingende Notfallrisiko erfasst werden.

Die am Workshop beteiligten ATAs gaben in der Diskussion einvernehmlich an, gut auf das Handlungsfeld der Anästhesiepflege vorbereitet zu sein. Die Ausbildung wurde für gut befunden (p.K., AD2, Min. 32). Obwohl die Einsatzzeiten während der Ausbildung im OP wesentlich länger sind (s. Kap. 3.2), wurde der AWR dabei eingeschlossen.

Die Ergebnisse der Validierung bestätigten diese Einvernehmlichkeit nicht. Je eine I&A und eine ATA befanden die Ausbildung als unzureichend im Hinblick auf den AWR (Anhang 10, Nr.7). Die I&A Teilnehmerin schrieb im Kommentarbereich der Validierung:

„Der Aufwachraum ist der einzige Arbeitsbereich, in der die ATA alleinverantwortlich arbeitet. Ein Praxiseinsatz auf der IMC¹² oder IPS könnte den Auszubildenden dazu befähigen die dazu nötigen Kompetenzen zu erlangen.“ (Anhang 10, Nr.2)

Warum die ATA-Teilnehmerin die Ausbildung in der Umfrage als unzureichend eingestuft, bleibt jedoch unklar. Nach einem Tag der gemeinsamen Arbeit im Workshop könnte soziale Erwünschtheit eine Rolle gespielt haben. Die Teilnehmerin wollte dem einvernehmlichen Urteil der Gruppe womöglich nicht widersprechen. Es kann sich aber auch um einen Fehleintrag handeln. Die Möglichkeit einer Kommentierung wurde nicht genutzt. Der Umfrage ist zu entnehmen, dass sie in einem großen Krankenhaus mit 1.000 Betten arbeitet. Von großen Krankenhäusern kann angenommen werden, dass viele Notfälle behandelt werden, da die Krankenhauslandschaft in Deutschland nach § 136 c Absatz 4 SGB V strukturiert ist. Die Strukturierung reicht von einer Basisversorgung bis zu einer Schwerverletztenversorgung und schreibt jeweils personelle, räumliche und medizin-technische Ausstattung vor (o.N. 2018: 1–8). In einer Eingrenzung des BMG umfasst der Begriff des Krankenhauses zur Maximalversorgung ein breites Leistungsangebot und die

¹² Intermediat-care-station: Einrichtung zur Überwachung schwerkranker Patient*innen im Krankenhaus, die auf einer Normalstation nicht mehr ausreichend versorgt werden können, jedoch nicht der Behandlungsintensität einer Intensivstation bedürfen.

Behandlung seltener und schwerer Erkrankungen. Die anderen ATA-Teilnehmer*innen hatten im Workshop berichtet, sich durch die vielen Notfälle in ihrem großen Krankenhaus im AWR sicher und geübt zu fühlen (p.K.AD2, Min. 4). Offenbar hat die Annahme eines Zusammenhangs von einem großen Krankenhaus und einer guten Vorbereitung auf die Tätigkeit im AWR keine Allgemeingültigkeit. Eine ATA-Teilnehmerin fühlte sich trotz der Ausbildung in einem 1.000 Betten Krankenhaus nicht gut auf den AWR vorbereitet. Die Forschungsfrage, ob die Ausbildung ausreichend auf das Handlungsfeld des AWRs vorbereitet, kann also nur eingeschränkt mit ja beantwortet werden.

Die Diskussion über den AWR kann ohne die Überlegung zu einem Einsatz auf der IPS nicht geführt werden. Die beschriebenen Belastungen durch eigenverantwortliche Entscheidungen, wann der/die Patient*in verlegt wird, wurden vorgebracht und treffen ein in der medizinischen Fachwelt bekanntes Problem.

Ob ein Patient verlegt werden kann, fällt in die ärztliche Kompetenz und kann nicht einfach übertragen werden, denn es könnte ein Organisationsverschulden bei dadurch entstandenen Komplikationen eintreten. Im Rahmen von ärztlichen Leitlinien und Festlegung eines Entscheidungsrahmens ist eine Delegation auf die Fachpflege jedoch möglich. Voraussetzung ist eine ausreichende Qualifikation. (Böhme 2014: 913). Diese erlangen I&A und ATA durch ihre Ausbildung. Dennoch haben die Teilnehmer*innen beider Berufsgruppen dieses Problem angesprochen. Die Hintergründe waren unterschiedlich. Der/die Ärzt*in unterstütze z.B. die Fachpflegenden nicht: „Und eigenverantwortlich den Patienten zurück auf die Station verlegt. Da kam kein Arzt zur Unterschrift.“ (p.K., AD1, Min.20) Die DGAI & BDA sammeln in ihrem *Citrcal Incident Reporting System* (CIRS¹³) gemeldete Problemfälle aus der Praxis. Dort ist zu entnehmen, dass 30% der Meldungen eine personelle Unterbesetzung beklagen und ein/eine Ärzt*in häufig doppelt besetzt ist, d.h., dass er/sie den Schockraum oder den OP parallel betreuen müssen. Es wurden Zwischenfälle gemeldet, bei denen der/die Ärzt*in nicht abkömmlich war und die Fachpflege nicht im AWR unterstützen konnte (Heinrichs / Schleppers / Rhaiani 2023: 33–44). Diese organisatorischen Mängel können nicht durch Diskussionen über Qualifikationen der Fachpflege gelöst werden und haben keinen Einfluss auf die Forschungsfrage. Ein anderer Grund für die Überforderung im AWR ist der

¹³ Hier werden Fälle, die in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und somit exemplarische Fehlerquellen repräsentieren, durch Experten aufgearbeitet und mit praxisnahen Lösungsvorschlägen versehen. Mit *CIRS-AINS Spezial* möchten BDA und DGAI Ihre Mitglieder für brisante Themen sensibilisieren und Verbesserungsempfehlungen verbreiten, um so die Patientensicherheit weiter zu stärken.

unmittelbar nach der Ausbildung wahrgenommene Mangel an Organisationskompetenz: “[...] ich war nur von meiner Organisation eine totale Niete am Anfang [...].“ (p.K., AD2, Min. 2) Diese Aussage bezieht sich auf die Phase unmittelbar nach der Ausbildung.

Ein weiterer Grund der Überlastung, der im Workshop thematisiert wurde, war das hohe Patient*innenaufkommen im AWR. Auch dieses Problem, oft in Kombination mit Personalmangel, wurde den Berufsverbänden häufig gemeldet. (Heinrichs / Schleppers / Rhaiem 2023: 33). Diesbezüglich ergeben sich aus dieser allgemeinen Problematik keine weiteren Limitationen bei der Einschätzung der Forschungsfrage, ob die Ausbildung ausreichend auf das Handlungsfeld des AWR vorbereitet.

Die Problematik der Intensivbehandlung, die die ATAs leisten müssen, wurde von einer I&A Teilnehmerin eingebracht. Die von den ärztlichen Verbänden beschriebene Pufferfunktion des AWRs (DGAI & BDA 2011: 335) wurde schließlich ausnahmslos von allen bestätigt. Auf die Frage, ob Sie alle Intensivpatient*innen im AWR betreut hätten, antwortete eine Teilnehmerin: „Ganz oft, ganz oft. Wo denn nicht?“ (p-K., AD2, Min.8)

Die ATA, die die beiden IPS-Einsätze absolviert hatte, kam aus einem kleinen Krankenhaus. Die Einsätze auf der IPS seien die Prägendsten gewesen und hätten sie bestens auf das Handlungsfeld der Anästhesie vorbereitet. Neben der besseren Beherrschbarkeit besonders herausfordernder Situationen würde der Mensch in seiner Gesamtheit besser wahrgenommen. Ausnahmslos alle Teilnehmer*innen wünschten sich sowohl in der Diskussion als auch in der Validierung einen Einsatz auf der IPS (Anhang 10, Nr.8).

Die DKG-Empfehlung zur Ausbildung und das ATA-OTA-G sehen jedoch keinen verpflichtenden Einsatz auf der IPS vor. Den speziellen Ausbildungszielen für ATAs in § 9 Abs.1e des ATA-OTA-G ist zu entnehmen, dass Auszubildende befähigt werden sollen, 1. eigenverantwortlich den gesundheitlichen Zustand der Patienten*innen und seines Verlaufs in den jeweiligen Versorgungsbereichen und Aufwacheinheiten außerhalb von Intensivtherapiestationen zu überwachen. Die Versorgungsgebiete wurden ursprünglich im Referentenentwurf des Gesetzes nicht eingeschränkt. Im Begründungsteil heißt es:

„Es wird darauf verzichtet, die operativen oder anästhesiologischen Bereiche der stationären und ambulanten Versorgung sowie weiterer diagnostischer und therapeutischer Funktionsbereiche einerseits näher zu definieren oder andererseits Einsatzorte partiell auszuschließen, um auf dynamische Entwicklungen im Gesundheitswesen zu reagieren und mögliche, daraus

resultierende Auswirkungen auf berufliche Qualifikation und Einsatzmöglichkeit, nicht zu erschweren.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2019: 55)

Die Bundesärztekammer bemerkte in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf, dass der weit gefasste Wortlaut der Vorschrift damit die Möglichkeit eröffne, ATAs auch auf der IPS einzusetzen. Dem wirkte sie entgegen, da der Beruf ein technisch und assistierender sei und den komplexen Anforderungen auf einer IPS nicht genügt. Schließlich wurden die Versorgungsbereiche eingeschränkt (Bundesärztekammer 2019: 3f.).

Da die ATAs nach der Ausbildung nicht auf der IPS arbeiten dürfen, dürfen sie folgerichtig auch nicht als Auszubildende dort eigenverantwortlich arbeiten. Schließt dies einen praktischen Einsatz zum Zwecke der Ausbildung aus? Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung schreibt ein Pflegepraktikum vor, welches sich in einem Versorgungsbereich befindet, der für die ATA relevant ist. Weiterhin heißt es in § 5 der (ATA-OTA-APrV), dass das Pflegepraktikum einen Überblick über die pflegerische Versorgung von Patient*innen vor und nach anästhesiologischen Eingriffen vermittelt. Eine chirurgische IPS erfüllt die Bedingungen dieser Eingrenzung. Leider fehlt in den Gesetzestexten und in den Bundestagsdrucksachen eine klare Aussage zu dem Thema des IPS-Einsatzes während der Ausbildung.

Um zu erfassen, wie die Bildungszentren mit den IPS-Einsätzen verfahren, wurde über den E-Mail-Verteiler des DBVSA eine Umfrage versendet. Von 20 teilnehmenden Schulen bieten 14 einen Einsatz auf der IPS an. Im Durchschnitt sind die Auszubildenden 4,25 Wochen dort eingesetzt. Zusammengefasst ergibt sich ein Bild aus dem ermittelten Ergebnis der vorliegenden Forschungsarbeit einen Pflichteinsatz auf der IPS in die ATA-Ausbildung zu etablieren, einer unklaren Gesetzeslage und einen heterogenen Umgang der Schulen mit diesem Thema.

9 Reflexion Forschungsprozess

Die methodische Vorgehensweise unter der Reflexion der generierten Ergebnisse wird im folgenden Kapitel diskutiert und hinsichtlich der qualitativen Gütekriterien geprüft. Es werden die daraus identifizierten Limitationen und ein Forschungsausblick dargelegt.

Nach wie vor gibt es keinen Konsens über die Gütekriterien der qualitativen Forschung (Döring / Bortz 2016: 106). Gemäß den Vorschlägen von Steinke wird zunächst die Angemessenheit der Methodenwahl diskutiert (Steinke 2007: 181).

Die Methode des EFW nach Kleiner et al. (2002) erwies sich als geeignet, das Arbeitsprozesswissen des Handlungsfelds der Anästhesie zu erfassen. Sowohl im Pretest als auch im Workshop wurden Aufgaben und Teilaufgaben zügig und einvernehmlich erstellt. Eine Berufsbildbeschreibung konnte abgeleitet werden. Das von den Autoren der Methode beschriebene zweite Ziel, die Einordnung der Aufgaben in die Lernbereiche, gelang dagegen nicht. Auch die Modifikation der Methode nach dem Pretest ergab uneindeutige Ergebnisse. Die geringe zur Verfügung stehende Zeit könnte eine Erklärung dafür sein. Aus dem Phänomen des wiederholten Scheiterns leitet die Autorin der vorliegenden Arbeit die Annahme eines Spezifikums der Anästhesiepflege ab. Theoriegeleitet durch die Subjektiven Theorien nach Wahl (1991) könnte ein immer mitschwingendes Risiko einer eskalierenden Situation zu einem Notfall alle Arbeitsprozesse begleiten. Die Anzahl der Teilnehmer*innen im Workshop war gering, aber durch die Qualifikations-heterogenität konnte der Blickwinkel aus den beiden Berufsabschlüssen der ATA und der I&A erfasst werden. Eine Limitation ergibt sich aus der Tatsache, dass alle ATAs ihre Ausbildung nach DKG-Richtlinien absolviert hatten. Die normativen Bedingungen für den AWR sind anders als im ATA-OTA-G. Daher sollte mit den zukünftigen Experten, die nach dem ATA-OTA-G ausgebildet werden, weitere Forschung zu diesem Problemfeld durchgeführt werden. Die Stichprobengröße der internen Validierung ist nach den Gütekriterien der quantitativen Forschung zu klein, sie steht aber im Kontext der Workshops und sollte die Betrachtung der Ergebnisse nach zeitlichem Abstand und außerhalb der Gruppendynamik und der Einflussnahme der Forschenden gewährleisten. Zur Beantwortung der Forschungsfrage, ob die ATA-Ausbildung ausreichend auf das Handlungsfeld des AWR vorbereitet, hat der qualitative Zugang maßgeblich beigetragen, da im Forschungsprozess sichtbar wurde, dass die Diskussion von einem Einsatz auf der IPS nicht zu trennen ist.

Ein weiteres Gütekriterium ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Steinke 2007: 186). Durch Notizen, Fotodokumente, Audiodateien während der Workshops und der internen Validierung kann der Prozess nachvollzogen werden. Eine regelgeleitete Transkription oder softwarebasierte Datenauswertung erfolgte nicht. Es finden sich in dieser Arbeit verschiedene Dokumente, die den Prozess der Datenauswertung nachvollziehbar machen sollen. Schlagwortbasiert wurden die Audiodateien in Hinblick auf die Forschungsfrage kategorisiert. Andere Kategorien, wurden durch diese Vorgehensweise nicht in der nötigen Tiefe erfasst, z.B. der Aspekt der Assistenz und Eigenständigkeit.

Die empirische Verankerung (Steinke 2007: 183) erfolgte über verschiedene Textbelege aus den Daten und die interne Validierung.

Schließlich stellt sich die Frage der Relevanz der Fragestellungen und der Ergebnisse zur Wissensentwicklung und Problemlösung (Steinke 2007: 180f.) Die ermittelten Arbeitsaufgaben und das daraus resultierende Berufsbild schließen eine Lücke im Desiderat der Anästhesiepflege. Die Forschungsfragen (Bereitet die ATA-Ausbildung ausreichend auf die Anästhesiepflege, insbesondere den AWR vor? und Wie unterscheiden sich die Arbeitsbereiche im OP und AWR?) können, ebenso wie auch zukünftige Fragestellungen mit diesen Ergebnissen in Bezug gesetzt werden.

Die Zuordnung der Lernbereiche muss weiter erforscht werden. Insbesondere curriculare Ableitungen, die nicht Ziel der vorliegenden Arbeit waren, benötigen eine Zuordnung der Aufgaben in Anforderungsstufen. Dafür und für die Erforschung des Spezifikums der Anästhesiepflege bedarf es weiterer Studien. Ein Zugang, über Beobachtungsstudien und fokussierte Interviews, um Erlebens- und Beziehungsprozesse zu erfassen, wäre nötig.

Die Arbeit der Anästhesiepflege mit lebensbedrohlich Erkrankten ist besonders herausfordernd und die Ausbildung zur ATA sollte daher optimal vorbereiten. Da die Behandlung solcher Patient*innen nicht an eine Örtlichkeit (IPS) gebunden ist, sondern auch im OP und im AWR stattfindet, kann das eindeutige Ergebnis der vorliegenden Arbeit dazu beitragen, die Diskussion über einen Pflichteinsatz auf der IPS zu begründen. Die Annahme, dass ein solcher Einsatz zur besseren Vorbereitung der ATAs für das Handlungsfeld der Anästhesie inkl. dem AWR nötig ist, sollte weiter erforscht werden.

10 Fazit

Ziel der vorliegenden Masterthesis war es festzustellen, ob die ATA-Ausbildung ausreichend auf die Anästhesiepflege vorbereitet. Dabei stand der AWR besonders im Fokus. Es sollte die Frage beantwortet werden, inwieweit sich die Tätigkeiten im AWR und in den OP-Bereich unterscheiden und ob der ATA ein Pflegeverständnis fehlt.

Zunächst wurde die Entwicklung der ATA aus den Pflegeberufen dargelegt und die gesetzlichen Festlegungen beschrieben. Seit der letzten DKG-Empfehlung (2019) wurde der praktische Einsatz der Auszubildenden im AWR verpflichtend. Zuvor war er ein Wahlpflichteinsatz und wurde somit aufgewertet.

Im Handlungsfeld OP sind die Tätigkeiten der Anästhesiepflege rund um die Narkose assistierend, da die Narkose-Ein- und Ausleitung sowie die Narkoseführung ärztliche Tätigkeiten sind, die nicht delegiert werden können. Im AWR hingegen überwacht die Anästhesiepflege den Gesundheitszustand der Patient*innen eigenständig, wobei allerdings ein/eine Arzt*in in Rufbereitschaft sein muss. Denn aus der Intensivüberwachung kann sich schnell eine Intensivbehandlung ergeben, wenn sich der Gesundheitszustand der Patient*innen lebensbedrohlich entwickelt. Diese Patient*innen müssen dann mitunter auf der IPS weiterbehandelt werden. Ist die IPS jedoch voll belegt, erfüllt der AWR eine Pufferfunktion und die Anästhesiepflege betreut intensivpflichtige Patient*innen. Aber auch im OP und im Schockraum werden schwerstkranke Menschen von der Anästhesiepflege betreut.

Um einen Bezugspunkt für die Erforschung der Forschungsfragen zu schaffen, wurde mit Hilfe der EFW das Arbeitsprozesswissen erfasst. Experten der Anästhesiepflege erarbeiteten 16 charakteristische Arbeitsaufgaben, aus denen ein Berufsbild erstellt werden konnte. Sie reflektierten die Ausbildung und diskutierten mögliche Verbesserungen. Die Ergebnisse wurden ihnen zur Validierung zur Verfügung gestellt.

Das Ergebnis der vorliegenden Masterthesis zeigt, dass die neue ATA-Ausbildung ausreichend auf das Handlungsfeld der Anästhesiepflege vorbereitet. Die Teilnehmer*innen zeigten sich zufrieden in ihrem Handlungsfeld und fühlten sich insgesamt gut durch die Ausbildung vorbereitet.

Für den AWR muss die Aussage aufgrund einiger Limitationen jedoch eingeschränkt werden. Im EFW wurde zunächst eine allgemeine Zufriedenheit mit der Ausbildung bezüglich des AWR bekundet. In der Validierung wurde sie jedoch nicht vollständig bestätigt.

Es zeigte sich im Forschungsprozess, dass eine Aussage über den AWR nur in Bezugnahme auf einen ITS-Einsatz zu betrachten ist. Diesen hielten alle Teilnehmer*innen für wichtig, da die Intensivbehandlung nicht an die Räumlichkeit der IPS gebunden ist. ATAs müssen lebensbedrohlich kranke Menschen in allen Handlungsfeldern, auch im AWR, betreuen. Das Risiko einer Notfallsituation schwingt bei allen Eingriffen mit und die ATA muss dieses erkennen. Für den Kontext der Ausbildung bietet die IPS eine optimale Ausbildungsgelegenheit. Die gesetzlichen Bedingungen sollten geprüft und die Vorbehalte der ärztlichen und pflegerischen Berufsverbände überdacht werden.

Ohne eine qualitative Herangehensweise wären diese Erkenntnisse nicht möglich gewesen. Über diesen methodischen Ansatz konnten auch die Gemeinsamkeiten mit dem Pflegeberuf in der sozialen Interaktion identifiziert werden. Die vorbehaltenden Tätigkeiten der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, den Pflegprozess zu organisieren und zu gestalten, trennen die beiden Professionen normativ durch die Gesetzgebung. In der vorliegenden Forschung wurde bestätigt, dass diese Prozesse keine charakteristischen Arbeitsaufgaben der ATA sind.

Es stellt sich die Frage, ob das neue Berufsbild der ATA durch die aktuellen Wissenschaftsdisziplinen der Berufswissenschaft und der Pflegewissenschaft ausreichend zu erschließen sind. Sollten zukünftige Studien bestätigen, dass das Spezifische der Anästhesiepflege durch das immanente Risiko einer Situationseskalation bestimmt ist, könnte dies die Öffnung für ein neues Feld der Forschung zur Anästhesiepflegewissenschaft sein.

Es ist nicht gelungen die 16 Arbeitsaufgaben den Anforderungsstufen der Lernbereiche zuzuordnen. Somit fehlt ein wichtiger Baustein, um curriculare Entscheidungen zu treffen. Dennoch kann die vorliegende Masterthesis den Diskurs über den neuen Gesundheitsberuf der ATA um empirisch erarbeitete Erkenntnisse bereichern. Es wurde mit den Expert*innen aus dem Handlungsfeld der Anästhesiepflege durch die Methode der EFW ein Berufsbild abgeleitet.

11. Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, Sabine (2022): Pflegeprozess, [online] <https://www.pschyrembel.de/Pflegeprozess/K0GRR/doc/> [17.06.23].
- Bassauer, Dieter (2005): Chronik 30 Jahre DGF, [online] <https://www.dgf-online.de/chronik-30-jahre-dgf/2/> [02.04.23].
- BDAktuell/DGAInfo (2013): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz, [online] <https://www.dgai.de/alle-docman-dokumente/entschliessungen-vereinbarungen/1762-mindestanforderungen-an-den-anaesthesiologischen-arbeitsplatz/file.html> [17.06.23].
- Beck, Ulrich /Michael Brater / Hansjürgen Daheim (1980): *Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*, Beck/Brater/Daheim (Hrsg.), Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Becker, Matthias (2018): Handlungsorientierte Fachinterviews. Konzeption und Anwendung, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S. 730–735.
- Becker, Matthias / Georg Spöttl (2015): *Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis*, Becker/Spöttl (Hrsg.), 2. Aufl., Frankfurt am Main: Peter Lang Edition.
- Benner, Patricia E. (2000): *Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert*, Benner (Hrsg.), 3. Aufl., Bern: Huber.
- Blum, Karl /Sabine Löffert / Matthias Offermanns / Petra Steffen (2018): Krankenhausbarometer Umfrage 2011, [online] <https://www.kgnw.de/download/krankenhausbarometer2011> [09.02.23].
- Böhme, Hans (2014): Verlegung vom Aufwachraum-Wer ist verantwortlich?, in: *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 53, S. 913.
- Brandenburg, Hermann / Stephan Dorschner (2014): *Pflegewissenschaft. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*, Brandenburg/Dorschner (Hrsg.), Bern: Huber.
- Bucher, Michael (2017): Aufwachraum, [online] <https://www.pschyrembel.de/Aufwachraum/K0371/doc/> [07.06.23].
- Bühlmann, J. / S. Käppeli (1999): Pflegeschwerpunkte im Operationssaal, in: *Pflege*, Jg. 12, Nr. 4, S. 238–243.
- Bundesagentur für Arbeit (2011): Klassifikation der Berufe 2010, [online] https://www.arbeitsagentur.de/datei/Klassifikation-der-Berufe_ba017989.pdf [20.03.23].
- Bundesärztekammer (2019): Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (Anästhesie- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz-ATA-OTA-G) vom 17.04.2019, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/ATA_OTA_RefE.pdf [22.06.23].
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Referentenentwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ATA-OTA-RefE.pdf [24.06.23].

- Bundesministerium für Gesundheit (2023a): Gesundheitsberufe-Allgemein. Was sind Gesundheitsberufe?, [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> [18.06.23].
- Bundesministerium für Gesundheit (2023b): Berlin: Ratgeber Krankenhaus. Was Sie zum Thema wissen sollten, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/148x210_BMG_Ratgeber-Krankenhaus_2301_RZ_BF.pdf [18.06.23].
- Cyna, A. M. / M. I. Andrew / S. G. M. Tan (2009): Communication skills for the anaesthetist, in: *Anaesthesia*, Jg. 64, Nr. 6, S. 658–665.
- DBfK: Definition der Pfleg - International Council of Nurses ICN. Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK, [online] <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf> [19.06.23].
- Deutscher Bundestag (2019): Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ATA-OTA-RefE.pdf [11.06.23].
- DFG (1990): *Berufsbildungsforschung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Situation, Hauptaufgaben, Förderungsbedarf; Denkschrift*, DFG (Hrsg.), Weinheim: VCH Acta Humaniora.
- DGAI & BDA (2011): Überwachung nach Anästhesieverfahren. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, [online] <https://www.bda.de/docman/alle-dokumententuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/567-empfehlung-zur-ueberwachung-nach-anaesthesieverfahren/file.html> [22.02.23].
- Dichter, Martin / Sandra Mehmecke (2021): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung: Gesetz zur Umsetzung des Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G) in Nordrhein-Westfalen, [online] https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/2021-05-25_stena.dbfk-nw-ATA-OTA-G.pdf [03.06.23].
- DKG (2013): DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten, [online] https://www.ota.de/fileadmin/BenutzerUpload/publikationen/DKG-Empfehlung_OTA-ATA_01-01-2014.pdf [07.06.23].
- DKG (2019): DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten, [online] https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.12_Aus_Fort_und_Weiterbildung_von_OTA_ATA/Formulare/DKG-Empfehlung_OTA-ATA_Vorstand_2019_06_18.pdf [07.06.23].
- DKG (2022): Übersicht_ATA-Schulen.PDF, [online] <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-fort-und-weiterbildung-von-operationstechnischen-und-anaesthesietechnischen-assistentinnenassistenten/> [05.06.23].
- Döring, Nicola / Jürgen Bortz (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, Döring/Bortz (Hrsg.), 5. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Dreyfus, Stuart E. / Dreyfus Hubert L. (1980): *A five-stage model of the mental activities involves in directes skill acquisition*, Dreyfus/Dreyfus Hubert L. (Hrsg.), Universtiy of California (Berkeley) Operations Research Center, Berkeley.
- Fegebank, Barbara (2018): Ernährung, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.). *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078. 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S. 219–226.

- Fischer, Martin (2018): Forschungsmethoden: Befragen, Beobachten und Experimentieren - Einführung, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S. 721–723.
- Gaba, David M. /Kevin J. Fish / Steven K. Howard (1998): *Zwischenfälle in der Anästhesie. Prävention und Management*, Gaba/Fish/Howard (Hrsg.), 1. Aufl., Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: G. Fischer.
- Hansen, E. / C. Bejenke (2010): Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie: Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen, in: *Der Anaesthetist*, Jg. 59, Nr. 3, 199-209.
- Heinrichs, Wolfgang /Alexander Schleppers / Tina Rhaïem (2023): CIRS-AINS Spezial „Aufwachraum“, [online] <https://www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/spezial.html> [07.06.23].
- Heinz R., Walter / Simone Haasler R. (2018): Berufliche Sozialisation, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.). *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S. 428–436.
- Kleiner, Michael /Felix Rauner / Michael Reinhold / Peter Röben (2002): *Arbeitsaufgaben für eine moderne Beruflichkeit. Identifizieren und Beschreiben von beruflichen Arbeitsaufgaben*, Kleiner et al. (Hrsg.), 1. Aufl., Konstanz: Christiani.
- KMK (2021): Berlin: Handreichung. für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe, [online] https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf [23.03.23].
- Larsen, Reinhard (1992): *Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger*, Larsen (Hrsg.), 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
- Lehmann, Yvonne (2014): *Medizinisch-technische Assistenz oder Fachpflege? Eine Evaluationsstudie zu Qualifizierungswegen und -profilen für das Handlungsfeld Anästhesie*, Lehmann (Hrsg.), Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Lehmann, Yvonne (2015): Qualifizierungswege und -profile auf dem Prüfstand. Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer Evaluationsstudie zur Ausbildung in der Anästhesietechnischen Assistenz, in: *Pflegewissenschaft*, Jg. 17, Nr. 4, S. 231–253.
- Leinonen, Tuija / Helena Leino-Kilpi (1999): Research in peri-operative nursing care, in: *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 8, S. 123–138.
- o.N. (2018): Beschluss. des gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, [online] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3301/2018-04-19_Not-Kra-R_Erstfassung.pdf [22.06.23].
- o.N. (2021): Gesetzentwurf der Landesregierung. Gesetz zur Umsetzung des Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetzes in Nordrhein-Westfalen, [online] <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-14303.pdf> [22.06.23].
- Olbrich, Christa (2009): Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik, in: Christa Olbrich (Hrsg.), *Modelle der Pflegedidaktik*. 1. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 63–85.
- Oswald, Corinna (2008): Arbeiten im Funktionsdienst. Zur Berufswahl des OP-Pflegepersonals, in: *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 41, S. 506–511.
- Rauner, Felix (2002): Qualifikationsforschung und Curriculum- ein aufzuklärender Zusammenhang, in: *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, Jg. 98, Nr. 4, S. 530–554.

- Rauner, Felix (2018): Berufsforschung: Formen und Richtungen der Berufsforschung, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.). *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S. 129–137.
- Rauner, Felix / Philipp Grollmann / Tomas Martens (2007): Bremen: Messen beruflicher Kompetenz(entwicklung), [online] https://www.pedocs.de/front-door.php?source_opus=9158 [23.03.23].
- Rauner, Felix / Monika Hackel (2018): Qualifikations- und Ausbildungsordnungsforschung. Begriffliche Klärung, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S. 337–338.
- Reinhold, Michael / Falk Howe (2010): Experten-Workshops: Ein berufswissenschaftliches Instrument zur Validierung Beruflicher Handlungsfelder, in: Matthias Becker (Hrsg.), *Von der Arbeitsanalyse zur Diagnose beruflicher Kompetenzen. Methoden und methodologische Beiträge aus der Berufsbildungsforschung*, Bd. 5, Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Wien: Lang, S. 66–89.
- Schemme, Dorothea (2018): Geschäfts- und arbeitsplatzorientierte Berufsbildung (GAB), in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S. 630–638.
- Schmidt, Katrin / Thomas Bartscher / Regina Nissen (2018): Gabler Wirtschaftslexikon, [online] <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beruf-31434/version-254991> [16.03.23].
- Schneider, Kordula / Heidi Kuckeland / Myrofora Hatziliadis (2019): Berufsfeldanalyse in der Pflege. Ausgangspunkt für die curriculare Entwicklung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung, in: *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, Jg. 115, Nr. 1, S. 6–38.
- Spichale, Christiane / Herbstrith K. / Florian Fischbock / Manuela Doubeck / R. Roscher (2019): Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten (DBVSA) e.V. Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten, [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/663568/95beb59ce90a1f52316f93ec095a2d80/19_14_0109-7-DBVSA_ATA-OTA-data.pdf [22.06.23].
- Spöttl, Georg (2018): Experten-Facharbeiter-Workshops. Experten-Facharbeiter-Workshops-eine begriffliche Eingrenzung, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S740.
- Steinke, Ines (2007): Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung, in: Udo Kuckartz (Hrsg.), *Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis*. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S176–187.
- Stölzle, Astrid (2013): *Kriegsrankenpflege im Ersten Weltkrieg. Das Pflegepersonal der freiwilligen Krankenpflege in den Etappen des Deutschen Kaiserreichs*, Stölzle (Hrsg.), Stuttgart: Steiner.
- Timmermann, Dieter (2018): Kooperative Berufsausbildung und das deutsche duale Ausbildungssystem als Spezialfall, in: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bd. 5078, 3. Aufl., Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG, S534–538.
- Wahl, Diethelm (1991): *Handeln unter Druck. Der weite Weg vom Wissen zum Handeln bei Lehrern, Hochschullehrern und Erwachsenenbildnern*, Wahl (Hrsg.), Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Wahl, Diethelm (2006): *Lernumgebungen erfolgreich gestalten. Vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln*, Wahl (Hrsg.), 2. Aufl., Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

- Wittneben, Karin (2003): Handlungsfelder-Lernfelder-Bildungsinhalte, in: *PRInterNet*, Nr. 4, S.124–136.
- Wittneben, Karin (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik, in: Christa Olbrich (Hrsg.), *Modelle der Pflegedidaktik*. 1. Aufl., München: Elsevier, Urban & Fischer, S. 105–121.
- Zuck, D. (1995): Anaesthetic and postoperative recovery rooms. Some notes on their early history, in: *Anaesthesia*, Jg. 50, Nr.5, S.435–438.

Gesetze

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (04.11.2020) [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/ata-ota-aprv/BJNR229510020.html> [22.06.2023].
- Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zum operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz-ATA-OTA-G) (14.12.2019) [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/ata-ota-g/BJNR276810019.html> [22.06.2023].
- Gesetz über die Pflegeberufe 1 Pflegeberufegesetz (PflBG) (17.07.2017) [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html> [22.06.2023].
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art 74 [online] https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_74.html#:~:text=das%20Recht%20der%20Lebensmittel%20einschlie%C3%9Flich,21. [22.06.2023].
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl.I S. 2477) § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung (20.12.1988) [online] [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/136c.html#:~:text=\(4\)%20Der%20Gemeinsame%20Bundesausschuss%20beschlie%C3%9Ft,die%20Nichtteilnahme%20an%20der%20Notfallversorgung.](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/136c.html#:~:text=(4)%20Der%20Gemeinsame%20Bundesausschuss%20beschlie%C3%9Ft,die%20Nichtteilnahme%20an%20der%20Notfallversorgung.) [22.06.2023].

Anhang

Anhang 1 Arbeitsblatt: Individueller beruflicher Werdegang

Tragen Sie hier die wichtigsten Stationen Ihrer beruflichen Entwicklung zum Experten der Facharbeit ein.

Geben Sie 3 -4 typische Aufgabenbeispiele an, die Sie dort ausgeführt haben.

Bearbeitungszeit ist etwa 15-20 Minuten

| |
|--------------------|
| Station 1 : |
| Aufgabe 1 |
| Aufgabe 2: |
| Aufgabe 3: |
| Aufgabe 4: |
| |
| Station 1 : |
| Aufgabe 1: |
| Aufgabe 2: |
| Aufgabe 3: |
| Aufgabe 4: |
| |
| Station 3 : |
| Aufgabe 1: |
| Aufgabe 2: |
| Aufgabe 3: |
| Aufgabe 4: |

Anhang 2 Arbeitsblatt: Sammlung der beruflichen Arbeitsaufgaben

Tragen Sie bitte die Gruppenkennung (A, B..) und die Nummer der beruflichen Arbeitsaufgabe ein.

Gruppenkennung:

| |
|------------|
| Nr. |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Nr. |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Anhang 3 Arbeitsblatt: Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben

Bitte überprüfen Sie in Ihrem Team, ob die Aussagen in der linken Spalte für die beruflichen Arbeitsaufgaben zutreffend (+) oder nichtzutreffend (-) sind. Finden Sie keine eindeutige Zuordnung, verwenden Sie bitte ein (0)

| Berufliche Arbeitsaufgaben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Für die Ausführung der Arbeitsaufgabe ist ein Spezialwissen notwendig. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Arbeitsaufgabe hätte ich auch schon zu Beginn meiner Ausbildung selbständig ausführen können. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diese Aufgabe fordert mich auch heute noch besonders heraus. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Für die Ausführung dieser Arbeitsaufgabe werden vorwiegend grundlegende Fertigkeiten und Kenntnisse der Facharbeit benötigt. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei der Ausführung dieser Aufgabe kann ein Überblick über den Beruf vermittelt werden. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei der Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe erhält man einen guten Einblick in die Details + die Funktionsweisen der Gegenstände der Facharbeit. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Arbeitsaufgabe konnte ich erst nach einer längeren Einarbeitungszeit ausführen. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei der Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe kann ich die Zusammenhänge des Berufes gut erkennen. | | | | | | | | | | | | | | | |

Anhang 4 Thesen

Folgende Thesen entstammen dem CD1-Handbuch-Anhang, S.1f Kleiner et al.

Sie wurden auf die Anwendbarkeit für das Handlungsfeld ATA überprüft. Eine Übernahme wird mit einem +, und eine Ablehnung mit einem – versehen. Es folgt jeweils eine Begründung. In kursiver Schrift werden die Erkenntnisse des Pretests dargestellt.

LE1

Die Arbeitsaufgabe hätte ich auch schon zu Beginn meiner Ausbildung selbstständig ausführen können.

Übernahme: (+)

Im Workshop befinden sich TN mit der I&A Fachweiterbildung und der ATA-Ausbildung. Die Unterscheidung erlaubt in der Validierung eine Zuordnung. Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungsgänge wird erwartet, dass es unterschiedliche Einschätzungen geben wird.

Bei der Ausführung dieser Aufgabe kann ein Überblick über den Beruf vermittelt werden.

Übernahme: (+)

Das Kriterium Überblick ist kennzeichnend für den Lernbereich 1.

Wurde von den TN des Pretests abgelehnt. Übernahme (-)

Die für diese Arbeitsaufgabe benötigten Fertigkeiten und Kenntnisse bauen auf einem Alltagswissen auf.

Übernahme: (-)

Der Arbeitsbereich ist medizinisch-technisch spezialisiert und kaum als Alltagswissen präsent. Der Themenbereich stellt kein Regelfach der allgemeinbildenden Schulen dar.

Diese Arbeitsaufgabe würde ich einem Anfänger stellen, der sich in meiner Abteilung einarbeiten soll.

Übernahme: (-)

Hier besteht die Gefahr, dass Anfängern nur Teilaufgaben zugemutet werden, da sie auch keine Alleinverantwortung für Patienten übernehmen dürfen. Es ist auch nicht klar, ob mit Anfänger der Auszubildende oder der Berufseinmündende ist.

Die Ausführung dieser Arbeitsaufgabe erfolgt überwiegend nach festen Regeln und Vorschriften.

Übernahme: (+) eingeschränkt bei wenig Zeit

Nach dem Kompetenztheoretischen Modell der Pflegedidaktik von Christ Olbrich befindet sich regelgeleitetes Handeln in der Kompetenzhierarchie auf der untersten Stufe, bzw. bildet die Basis zur Weiterentwicklung. Wissen kann innerhalb vorgegebener Rahmen fachgerecht angewendet werden (Olbrich 2009: 66).

In der Anästhesie werden auch in herausfordernden Situationen, wie z.B. bei einer Reanimation auf Regeln, Handlungsanweisungen oder (Experten)- Standards zurückgegriffen. Diese These wurde von den TN des Pretests als irreführend bezeichnet. Übernahme: (-)

Diese Arbeitsaufgabe wird nur ausgeführt, wenn sonst keine wichtigen Aufträge zu bearbeiten sind. Es gibt also nur selten einen Termindruck.

Übernahme: (-)

Termin und Zeitdruck sind ein Begleiter der Arbeit in der Anästhesie. Womöglich kann diese These keine Aufgabe zugeordnet werden und hat somit keine Aussagekraft.

Die Ausführung dieser Arbeitsaufgabe besitzt nur ein geringes Gefahrenpotential.

Übernahme: (-)

Die Patienten im OP und im AWR sind ausnahmslos durch den Eingriff gefährdet.

LE2

Die Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe erfolgt weitgehend anhand von bekannten und systematischen Abläufen.

Übernahme: (+) eingeschränkt bei wenig Zeit

Regelgeleitetes Wissen aus Lernbereich 1 wird systematisch angewendet und entspricht dadurch dem Lernbereich 2

Wann ein Wissen systematisch ist und wann nicht, konnte von den TN des Pretests nicht zugeordnet werden. Womöglich sind sie zu sehr Experten ihrer Facharbeit und haben die Ebene der regelgeleiteten und systematischen Ordnung von Wissen verlassen. Übernahme: (-)

Bei der Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe kann ich die Zusammenhänge des Berufes gut erkennen.

Übernahme: (+)

Ein Wesentlicher Aspekt des Lernbereiches ist das Zusammenhangswissen.

Der Begriff „Zusammenhangswissen des Berufes war den TN zu abstrakt. Übernahme: (-)

Die Schwierigkeiten bei der Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe sind in der Regel vorhersehbar.

Übernahme: (-)

Es wird erwartet, dass zusammenhängende Prozesse als Arbeitsaufgaben beschrieben werden. Die Vielzahl an Schwierigkeiten oder Komplikationen (Patient, Organisatorisches, Probleme mit den Geräten...usw.) können mit dieser Frage nicht erfasst werden. Sie ist zu umfassend.

Zur Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe steht meistens ausreichend Zeit zur Verfügung.

Übernahme: (-)

Zeitmangel ist ein kennzeichnendes Problem in der Anästhesie.

Für die Ausführung dieser Arbeitsaufgabe werden vorwiegend grundlegende Fertigkeiten und Kenntnisse der Facharbeit benötigt.

Übernahme: (+)

Die Begriffe „grundlegend“ und „Facharbeit“ beschreiben Wissen, welches über Anfängerwissen hinausgeht.

LE3

Für die Ausführung der Arbeitsaufgabe ist ein Spezialwissen notwendig.

Übernahme: (+)

Der Lernbereich 3 wird mit Detail- und Funktionswissen beschrieben. Der Begriff Spezialwissen ist synonym.

Der Begriff Spezialwissen wurde von den TN des Pretests in den Lernbereich 4 eingeordnet.

Übernahme: (-)

Die Arbeitsaufgabe kann nicht allein anhand der allgemeinen Regeln und Vorschriften der Facharbeit ausgeführt werden.

Übernahme: (-)

Diese Beschreibung schließt den Lernbereich 2 aus, könnte aber auf Lernbereich 3 und 4 gleichermaßen zutreffen.

Diese Arbeitsaufgabe tritt unregelmäßig und plötzlich auf.

Übernahme: (-)

Es wird nicht definiert, was unregelmäßig bedeutet. Ist die Aufgabe, wenn sie eintritt, herausfordernd oder nicht?

Bei der Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe erhält man einen guten Einblick in die Details und die Funktionsweisen der Gegenstände der Facharbeit.

Übernahme: (+)

Die formulierten Aspekte des Lernbereichs 3 werden übernommen.

Bei der Bearbeitung dieser Arbeitsaufgabe treten häufig unvorhergesehene Probleme auf.

Übernahme: (-)

Es wird nicht eingegrenzt, was häufig bedeutet.

Mit dieser Arbeitsaufgabe ist vielfach ein hoher Zeit- und Kostendruck verbunden.

Übernahme: (-)

Zeitmangel und Kostendruck sind ein kennzeichnendes Problem in der Anästhesie.

Die Ausführung dieser Arbeitsaufgabe besitzt oft ein erhöhtes Gefahrenpotential.

Übernahme: (-)

Die gesundheitliche Gefahr ist bei jeder OP vorhanden. Es wird nicht klar, was erhöht bedeutet.

LE 4

Die Arbeitsaufgabe konnte ich erst nach einer längeren Einarbeitungszeit ausführen.

Übernahme: (+)

Die Arbeitsaufgabe grenzt sich von einer kurzen oder durchschnittlichen Einarbeitungszeit ab und kann als schwierig gekennzeichnet werden.

Die TN des Pretests lehnten diese These ab. Übernahme: (-)

Zur Ausführung dieser Arbeitsaufgabe benötige ich neben meinem Fachwissen ein umfangreiches Erfahrungswissen.

Übernahme: (+) eingeschränkt bei wenig Zeit

Das Attribut „umfangreich“ unterscheidet vom Regel- und Detailwissen.

Diese Aufgabe fordert mich auch heute noch besonders heraus.

Übernahme: (+)

Grenzt die schwierigsten Aufgaben ab, da sie selbst für Experten der Facharbeit herausfordern sind.

Für die Ausführung dieser Arbeitsaufgabe muss ich häufig neue Lösungen suchen und etwas Neues ausprobieren.

Übernahme: (-)

Die Betreuung im OP hat keinen experimentellen Charakter.

Die Bearbeitungsschritte dieser Arbeitsaufgabe sind vielfach nicht vorhersehbar und unüberschaubar.

Übernahme: (-)

Die Reaktion der Patienten ist immer unvorhersehbar. Sie sind im Wesentlichen nicht an ein bestimmtes Anästhesieverfahren gebunden.

Fehler bei der Ausführung dieser Arbeitsaufgabe können weit reichende Folgen haben.

Übernahme: (-)

Auch Fehler bei einfachen Aufgaben können im OP weitreichende Folgen haben.

Anhang 5 Einladung Pretest

Liebe DBVSA Kollegen und Experten,

bei unserem letzten Treffen hatte ich die Gelegenheit Ihnen meine Masterarbeit vorzustellen. Der Beruf der ATA ist berufswissenschaftlich noch nicht beschrieben. Das bedeutet, dass sich spezielle Fragestellungen zu unserem Beruf nicht erforschen lassen. Die Methode der Wahl den Beruf ATA zu skizzieren, ist ein sogenannter Experten-Facharbeiter-Workshop. Nach Rücksprache mit dem Vorstand des DBVSA kann ich am Vortag unseres nächsten Treffens so einen Workshop anbieten.

Dazu bedarf es mindestens 6 Personen, die durch folgende Merkmale als Experten definiert werden:

- Ausbildung im Bereich der Anästhesie -> ATA oder Fachweiterbildung
- Mindestens zweijährige Berufserfahrung

Wenn Sie Lust haben mit mir am Vortag unseres nächsten Treffens in Hannover zusammenzukommen, würden Sie einen wichtigen Beitrag für den Beruf der ATA leisten. Wir werden abwechslungsreich in Diskussionen, Einzel- und in Gruppenarbeit unser Ziel verfolgen. Dieses ist 15 typische berufliche Aufgaben der ATA zu identifizieren. Dabei wird das Handlungsfeld Aufwachraum besonders beleuchtet.

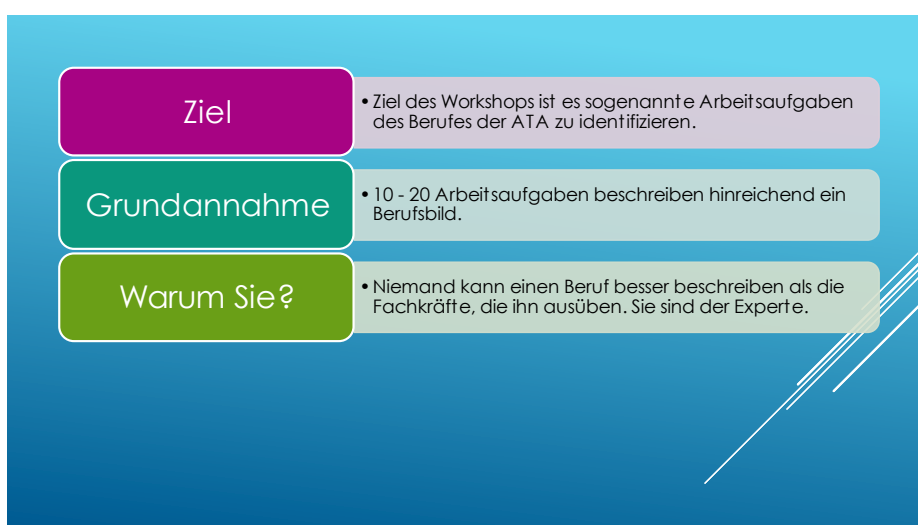
Die genaue Startzeit am 08.03.23 steht noch nicht fest und würde ich gerne davon abhängig machen, wann Sie anreisen können.

Wer mitmachen oder einfach noch mehr Informationen haben möchte, kann sich unter E-Mail:sehr gerne bei mir melden.

Herzliche Grüße

Anhang 6 Präsentation

Die ersten sieben Folien wurden den Teilnehmern im Pretest als Arbeitsaufgabe gesendet.





- ▶ Berufliche Arbeitsaufgaben beschreiben die konkrete Facharbeit anhand von sinnvermittelnden Arbeitszusammenhängen und charakteristischen Aufträgen, die für den Beruf typisch sind und eine vollständige Handlung umfassen.
- ▶ Sie gehen also über die Verrichtung einzelner Tätigkeiten hinaus (zum Beispiel Viggio legen)
- ▶ Die konkrete Aufgabe deren Planung Durchführung aber auch die Kontrolle und Bewertung des Arbeitsergebnisses gehören dazu. Somit wird auch das Arbeitsprozesswissen integriert.

WAS SIND ARBEITSAUFGABEN?

Sie haben sich vom Anfänger zum Experten der Anästhesiefacharbeit entwickelt. Was waren Stationen Ihrer beruflichen Entwicklung? Was ist mit Stationen gemeint? Es sind unterschiedliche **Räume (Arbeitsplätze)**, aber auch **Inhalte** oder **Personen**. Welche davon haben Sie durchlaufen und haben Sie geprägt?

Beschreiben Sie bitte 3-5 Stationen Ihrer beruflichen Entwicklung zum Experten. Geben Sie für jede berufliche Station 3 - 4 typische Aufgabenbeispiele aus Ihrer Berufspraxis an. Notieren Sie bitte die beruflichen Stationen und die Aufgabenbeispiele auf dem zusätzlichen Word-Dokument
Beispiel:

BEISPIEL

Station 1 : Einleitung

Aufgabe 1: Vorbereiten aller nötigen Materialien, Geräte und Medikamente

Aufgabe 2: Vorbereiten des Patienten

Aufgabe 3: Interaktion und Assistenz mit dem Anästhesisten

Aufgabe 4: Dokumentation und Wiederaufbereitung des Einleitungsraums

BITTE NOTIEREN SIE

- ▶ Füllen Sie bitte Das bereitgestellte Arbeitsblatt aus.
- ▶ Welcher der von Ihnen genannten beruflichen Aufgabenbeispiele hat Sie für Ihre jetzige berufliche Praxis besonders herausgefordert und qualifiziert?
- ▶ Bitte markieren Sie diese beruflichen Aufgabenbeispiele auf dem Worddokument



STELLEN SIE IHRE ERGEBNISSE IM PLENUM VOR

BILDEN SIE KLEINGRUPPEN BESCHREIBEN SIE 10-20 ARBEITSAUFGABEN

- ▶ Jede Arbeitsaufgabe erhält einen Titel als vollständigen Satz mit Kennbuchstaben Team A, B... und fortlaufender Nummer der Arbeitsaufgabe (auf Metaplankarten einzutragen) Umfassender Eindruck der Arbeitsaufgabe in Stichpunkten
- ▶ Inklusive Materialien, Räumlichkeiten, Personen
- ▶ So ausführlich, dass ein Eindruck der beruflichen Praxis entstehen kann.

STRUKTUR

- AG, die alle Mitglieder einer Gruppe ausgeführt haben (siehe Biographiearbeit)
- AG, die nur einige Teammitglieder bearbeitet haben, Diskussion, ob die AG aufgenommen werden soll
- Gibt es AG, die kein Team hat, aber den Beruf prägen oder in naher Zukunft dazugehören werden

PRÄSENTIEREN DISKUTIEREN CLUSTERN



- Team A stellt die erste berufliche Arbeitsaufgabe A1 vor und erläutert sie
- Die anderen TN stellen Fragen
- Deren ähnliche Aufgaben werden den vorgestellten zugeordnet
- Team B stellt vor usw.
- Zuordnungen werden überprüft
- Einigung auf eine gemeinsame Überschrift und Titel

► Ergebnis Überprüfung



ARBEITSBLATT

Analyse der beruflichen Arbeitsaufgaben
Füllen Sie bitte die Tabelle im Arbeitsblatt aus.



WELCHE
ARBEITSAUFGABE
WIRD IN
WELCHEN
LERNBEREICH
ZUGEORDNET?

Lernbereich 1

Kann von einem Anfänger ausgeführt werden und gibt einen Überblick über den Beruf (Überblickswissen)

Lernbereich 2

Feste Regeln erlauben es Fachwissen anzuwenden (Zusammenhangwissen)

Lernbereich 3

Ein tieferes Verständnis und spezielles Fachwissen ist erforderlich (Detail Funktionswissen)

Lernbereich 4

Bewältigung nicht vorhersehbare Aufgaben können nur von Experten mit langjähriger Erfahrung bewältigt werden (Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen)

Bei der Einordnung in die Lernbereiche ist zu beachten:
Der Arbeit in der Anästhesie bedeutet immer ein gewisses Risiko, dass auch junge Patienten mit kleinen Eingriffen lebensbedrohliche Komplikationen bekommen können. Diese grundsätzliche Möglichkeit der Eskalation wird bei dieser Einordnung ausgeklammert. Denn dieses Gefahrenpotential bedeutet auch für Experten der Anästhesiepflege eine Herausforderung, die der Hilfe anderer Kollegen bedarf.

VIELEN DANK

Wir sind fertig

Anhang 7 Padlet®

Padlet

brittasteeger • 1Mt.

Arbeitsaufgaben

•Beschreibung der Arbeitsaufgaben inklusive Materialien, Räumlichkeiten und Personen in Stichworten

A 1 Assistenz bei der Vor- und Nachbereitung
Einleitung in Allgemein- und Regionalanästhesie 2

A 2 Durchführung und Überwachung der Narkose 2,5

A3 Ausleitung 2

A4 Transport 4

Vorbereitung der Patienten, Medikamente, Geräte, Materialien unter Beachtung der hygienischen Richtlinien, Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Dokumentation und Wiederaufbereitung

Prophylaxen und Lagerung (Hypothermie, Augen, Kontraktoren, Dekubitus, Pneumonie, Vitalzeichen überwachen, Einbringen von pfleg. Maßnahmen (Medikamente vorbereiten, BZ messen, BGA)

Erkennung von Wachheitszustand Medikamentenüberhang, pflegerische Tätigkeiten, Augenschutz selbstständig entfernen, Temp. Sonde

in den Aufwachraum, vom OP zum CT, instabile Patienten, Schockraumpatienten, Vorbereitung der nötigen Materialien (Medikamente, Geräte)

Kommentar hinzufügen

Padlet

brittasteeger • 1Mt.

Arbeitsaufgaben

•Beschreibung der Arbeitsaufgaben inklusive Materialien, Räumlichkeiten und Personen in Stichworten

A5 Psychosoziale Betreuung 1

A6 Hygiene 1

A7 Sicherheit in Fachbereichen eines Grund-Regelkrankenhauses 2

A8 Sicherheit in speziellen Fachbereichen Anästhesieverfahren Herz, Thorax, Kinder, Neurochirurgie 4

Erkennen der psychischen Verfassung des Patienten, Vorgeschichte, Angst vor dem nicht-wieder-aufwachen, Angst vor dem Ausgang der OP...

Persönliche Hygiene, aseptisches Arbeiten, Wiederaufbereitung von Materialien und Flächen, z.B. Endoskopen, Peel-off, auch in kritischen Situationen

AVC, Gyn, Uro, OUH,

Sicherheit in Anästhesieverfahren in besonderen Fachbereichen, Doppellumenintubation, Extrakorporale Cirkulation, Versorgung auch von Frühgeborenen

Kommentar hinzufügen

Kommentar hinzufügen

Kommentar hinzufügen

Padlet

brittasteeger • 1Mt.

Arbeitsaufgaben

•Beschreibung der Arbeitsaufgaben inklusive Materialien, Räumlichkeiten und Personen in Stichworten

A9 Interventionelle Funktionsbereiche 4

A10 Schockraum 4

A11 Schmerztherapie 2,5

A12 Patientensicherheit 1

MRT, CT, Endoskopie, Neuroradiologie, Angiologie, Bronchoskopie

Verantwortliches Arbeiten in lebensbedrohlichen Krisen, Reanimation,

Postinterventionelle Schmerztherapie, eigenständig auf Grundlage pharmakologischer Kenntnisse durchführen, Schmerzerfassung,

Checklisten, Team Timeout, Gerätecheck, ABCDE Schema, Beherrschen der Scores (GCS), Kommunikation: close loop communication

Kommentar hinzufügen

Kommentar hinzufügen

Kommentar hinzufügen

0 1

:Padlet

brittasteeger • 1Mt.

Arbeitsaufgaben

•Beschreibung der Arbeitsaufgaben inklusive Materialien, Räumlichkeiten und Personen in Stichworten

| A13 Aufwachraum 3 | A14 Holding 1 | A15 Kreißsaal 4 | A 16 Organisatorisches 1 |
|--|--|--|--|
| <p>Postanästh. Überwachung, Assessments Schmerz, evtl. kein Anästhesist anwesend (Rufbereitschaft) daher Entscheidung, wann Arzt hinzugerufen wird, Versorgung mehrerer Pat., evtl. PACU</p> | <p>Annahme der Patienten von der Station, Vorbereitung der Patienten, siehe A1 ohne Intubation</p> | <p>Assistenz bei Geburtshilfe, Sectios</p> | <p>Organisation- und Materialwirtschaft</p> |
| | <p>Kommentar hinzufügen</p> | <p>Kommentar hinzufügen</p> | <p>Apotheke, Material bestellen, einräumen</p> |
| | | | <p>Kommentar hinzufügen</p> |

Anhang 8 Modifiziertes Arbeitsblatt Analyse der charakteristischen beruflichen Arbeitsaufgaben

Bitte überprüfen Sie in Ihrem Team, ob die Aussagen in der linken Spalte für die beruflichen Arbeitsaufgaben zutreffend (+) oder nichtzutreffend (-) sind. Finden Sie keine eindeutige Zuordnung, verwenden Sie bitte ein (0)

| Berufliche Arbeitsaufgaben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Kann von einem Anfänger ausgeführt werden und gibt einen Überblick über den Beruf (Überblickswissen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feste Regeln erlauben es Fachwissen anzuwenden (Zusammenhangswissen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ein tieferes Verständnis und spezielles Fachwissen ist erforderlich (Detail Funktionswissen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beherrschung nicht vorhersehbare Aufgaben, können nur von Experten mit langjähriger Erfahrung bewältigt werden (Erfahrungsbasiertes, fachsystematisches Vertiefungswissen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schwierigkeitsgrad von 1-4 Kommazahlen möglich | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anhang 9 Einladung Workshop

Sie arbeiten in der Anästhesie Pflege? Sie sind ATA oder haben die Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensiv? Sie vermissen Forschung zu Ihrem Beruf und Artikel in Fachzeitschriften? Tatsächlich gibt es noch keine Forschung zu diesem Berufsbild. Das liegt daran, dass es noch keine wissenschaftliche Beschreibung der Arbeit in der Anästhesiepflege gibt. Ich möchte Sie dazu einladen, in einem Workshop diese Lücke zu schließen. Einen Beruf beschreiben können aber nur die Menschen bzw. die Experten, die ihn ausüben. Es gibt eine sehr schöne Methode dies zu tun. In einem Workshop von ca.4- 6 Stunden werden wir über ihre Sicht und Expertise sprechen, in Kleingruppen Tätigkeiten des Berufes sammeln und beschreiben. Wir werden gemeinsam diskutieren und am Ende zirka 15 typische Aufgabenfelder haben, die unseren Beruf ausmachen.



Voraussetzung:

- abgeschlossene ATA-Ausbildung oder
- Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivmedizin und
- Mindestens zweijährige Berufserfahrung

Wenn Sie Lust haben diesen Workshop mit mir zu machen, würden Sie einen wichtigen Beitrag zur berufswissenschaftlichen Erforschung der ATA leisten.

Wann? 18.04.2023 08:00- 14:00 Uhr

Wo? Bildungszentrum Helios Krefeld/ Haus 08 Seminarraum 3, 1. Etage
Lutherplatz 40, 47804 Krefeld

Anmeldung Helios Wissenskonto (Workshop Anästhesie Pflege Experten) oder
Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne an mich:

Anhang 10 Ergebnisse der Validierung

Nr.1

Häufigkeitstabelle

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

| | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | 1 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| Anästhesietechnische Assistenz | 4 | 50,0 | 50,0 | 62,5 |
| Pflegeausbildung mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensiv | 3 | 37,5 | 37,5 | 100,0 |
| Gesamt | 8 | 100,0 | 100,0 | |

Hatten Sie während Ihrer Ausbildung einen Einsatz auf der Intensivstation?

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--------|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Ja | 1 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| | N/A | 4 | 50,0 | 50,0 | 62,5 |
| | Nein | 3 | 37,5 | 37,5 | 100,0 |
| | Gesamt | 8 | 100,0 | 100,0 | |

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie im Handlungsfeld Anästhesie?

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--------|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | 4 | 2 | 25,0 | 28,6 | 28,6 |
| | 5 | 1 | 12,5 | 14,3 | 42,9 |
| | 6 | 1 | 12,5 | 14,3 | 57,1 |
| | 20 | 2 | 25,0 | 28,6 | 85,7 |
| | 35 | 1 | 12,5 | 14,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Wie viele Betten hat Ihr Krankenhaus cirka, in dem Sie aktuell arbeiten?

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--------|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | 170 | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | 381 | 1 | 12,5 | 14,3 | 28,6 |
| | 500 | 1 | 12,5 | 14,3 | 42,9 |
| | 800 | 1 | 12,5 | 14,3 | 57,1 |
| | 1000 | 1 | 12,5 | 14,3 | 71,4 |
| | 1200 | 1 | 12,5 | 14,3 | 85,7 |
| | 1500 | 1 | 12,5 | 14,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Nr.2

In diesem Textfeld können bei Bedarf Bemerkungen oder ein Feedback eingetragen werden. Diese können sich auf den Workshop, die Arbeitsaufgaben oder die Umfrage beziehen. Dies ist kein Pflichtfeld.

Teilnehmer 1, A&I: Ich finde, dass die Arbeitsaufgaben sehr gut das Tätigkeitsprofil in der Anästhesiepflege beschreiben

Teilnehmer 2, A&I: Die Arbeitsaufgaben Aufwachraum muss in der ATA-Ausbildung als ein wichtiger Aspekt eingebettet werden. Der AWR ist der einzige Arbeitsbereich, in der die ATA allein verantwortlich arbeitet. Ein Praxiseinsatz auf der IMC oder IPS könnte den Auszubildenden dazu befähigen die dazu nötigen Kompetenzen zu erlangen.

Teilnehmer 3 ATA: Den Workshop fand ich persönlich sehr aufschlussreich und spannend. Man hat nochmal eine ganz neue Sichtweise auf den eigenen Arbeitsbereich bekommen und hat sich in seinen eigenen Gedanken zur Verbesserung nochmal bestätigt oder eben widerlegt gefühlt. Auch das Zusammenkommen von Fachweitergebildeten und ATAs fand ich toll, da gerade viele

ältere Kollegen zwischen diesen unterschiedlichen Bildungswegen auch unterschiedliches Wissen oder Können zuordnen und die neueren Berufswege noch nicht vollständig anerkennen. In der Realität und dem alltäglichen Arbeitsfeld sieht man jedoch, dass man voneinander und miteinander doch sehr gut lernen kann und sich selbst fördern.

Einen Einsatz in der Ausbildung auf der Intensivstation zu absolvieren, sehe ich als unverzichtbar, da man gerade dort noch mehr auf die Weitsicht und Autonomie im selbstständigen Arbeiten vorbereitet wird. Dies ist von Vorteil im OP als auch im AWR, wo man meist nicht den ganzen Tag über von einem Arzt umgeben ist, sondern diesen eigenverantwortlich und nach persönlicher, fachspezifischer Einschätzung des Patienten anfordern muss.

Vielen Dank, dass ich teilnehmen durfte, und ich freue mich sehr auf die Ergebnisse der Arbeit! Gutes Gelingen :)

Nr.3

Transport auch instabiler Patienten

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |

Mittelwert: 3,857

Transport auch instabiler Patienten.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--|--|------------|---------|------------------|---------------------|
|--|--|------------|---------|------------------|---------------------|

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 4 | 50,0 | 57,1 | 57,1 |
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 3 | 37,5 | 42,9 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,428

Nr.4

Betreuung der Patienten in speziellen Funktionsbereichen

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist eine Spezialaufgabe. Nicht jeder muss sie können. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 4 | 50,0 | 57,1 | 71,4 |
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 2 | 25,0 | 28,6 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 2,857

Betreuung der Patienten in speziellen Funktionsbereichen.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt monatlich bis jährlich an. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,141

Nr.5

Organisatorische Tätigkeiten

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist kein Bestandteil des Handlungsfeldes Anästhesiepflege. | 2 | 25,0 | 28,6 | 28,6 |
| | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 3 | 37,5 | 42,9 | 71,4 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 2 | 25,0 | 28,6 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,714

Organisatorische Tätigkeiten

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 2 | 25,0 | 28,6 | 28,6 |
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 5 | 62,5 | 71,4 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |

| | | | |
|---------|--------|---|-------|
| Fehlend | System | 1 | 12,5 |
| Gesamt | | 8 | 100,0 |

Mittelwert: 2,714

Nr.6

Anleitung neuer Kollegen, Auszubildender

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist kein Bestandteil des Handlungsfeldes Anästhesiepflege. | 2 | 25,0 | 28,6 | 28,6 |
| | Die Aufgabe ist eine Spezialaufgabe. Nicht jeder muss sie können. | 3 | 37,5 | 42,9 | 71,4 |
| | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 85,7 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 1 | 12,5 | 14,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,428

Anleitung neuer Kollegen, Auszubildender und Praktikanten

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 4 | 50,0 | 57,1 | 57,1 |
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 3 | 37,5 | 42,9 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |

| | | |
|--------|---|-------|
| Gesamt | 8 | 100,0 |
|--------|---|-------|

Mittelwert: 2,141

Nr.7

Die ATA-Ausbildung bereitet ausreichend auf die Tätigkeit im Aufwachraum vor.

| | | <i>Häufigkeit</i> | <i>Prozent</i> | <i>Gültige Prozente</i> | <i>Kumulierte Prozente</i> |
|---------------|---------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------------------|
| <i>Gültig</i> | <i>Ja</i> | 5 | 71.4 | 71.4 | 71.4 |
| | <i>Nein</i> | 2 | 28.6 | 28.6 | 100.0 |
| | <i>Gesamt</i> | 7 | 100.0 | 100.0 | |

Nr.8

Ein praktischer Einsatz auf der Intensivstation sollte in die Ausbildung integriert werden.

| | | <i>Häufigkeit</i> | <i>Prozent</i> | <i>Gültige Prozente</i> | <i>Kumulierte Prozente</i> |
|--|--|-------------------|----------------|-------------------------|----------------------------|
|--|--|-------------------|----------------|-------------------------|----------------------------|

| | | | | | |
|--------|--------|---|-------|-------|-------|
| Gültig | Ja | 7 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | | | | | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 100,0 | 100,0 | |

Weitere Ergebnisse

Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 4

Den Patienten entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 4

Durchführung und Überwachung der Narkose im Operationssaal.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |

| | | | |
|---------|--------|---|-------|
| Fehlend | System | 1 | 12,5 |
| Gesamt | | 8 | 100,0 |

Mittelwert: 3,857

Bei der Ausleitung der Narkose unterstützen.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 4

Anästhesiologische Betreuung der Patienten in der Bauchchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Unfallchirurgie und Orthopädie.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,857

Anästhesiologische Betreuung der Patienten in der Kinderchirurgie, Herzchirurgie und der Geburtshilfe.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 3 | 37,5 | 42,9 | 42,9 |
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 4 | 50,0 | 57,1 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |

| | | | | | |
|--------|--|---|-------|--|--|
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |
|--------|--|---|-------|--|--|

Mittelwert: 3,571

Hygiene

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 4

Betreuung der Patienten im Aufwachraum.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 4 | 50,0 | 57,1 | 57,1 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 3 | 37,5 | 42,9 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,428

Betreuung der Patienten im Schockraum.

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe fällt monatlich bis jährlich an. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an | 5 | 62,5 | 71,4 | 85,7 |
| | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 1 | 12,5 | 14,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |

| | | | |
|---------|--------|---|-------|
| Fehlend | System | 1 | 12,5 |
| Gesamt | | 8 | 100,0 |

Mittelwert: 3

Soziale Interaktion

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 4

Schmerzmanagement

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |

| | | | |
|---------|--------|---|-------|
| Fehlend | System | 1 | 12,5 |
| Gesamt | | 8 | 100,0 |

Mittelwert: 4

Patientensicherheit

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 4

Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--|--|------------|---------|------------------|---------------------|
|--|--|------------|---------|------------------|---------------------|

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| Gültig | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,857

Den Patienten entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |

| | | | |
|---------|--------|---|-------|
| Fehlend | System | 1 | 12,5 |
| Gesamt | | 8 | 100,0 |

Mittelwert: 4

Durchführung und Überwachung der Narkose im Operationssaal

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,857

Bei der Narkoseausleitung unterstützen

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 4

| | | | | | |
|---------|--------|---|-------|--|--|
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Anästhesiologische Betreuung der Patienten in Fachbereichen der Bauchchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Unfallschirurgie und Orthopädie

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,857

Anästhesiologische Betreuung der Patienten in der Kinderanästhesie, Herzchirurgie und der Geburtshilfe

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist eine Spezialaufgabe. Nicht jeder muss sie können. | 1 | 12,5 | 16,7 | 16,7 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 2 | 25,0 | 33,3 | 50,0 |
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 3 | 37,5 | 50,0 | 100,0 |
| | Gesamt | 6 | 75,0 | 100,0 | |
| Fehlend | Eine Einordnung ist nicht möglich. | 1 | 12,5 | | |
| | System | 1 | 12,5 | | |
| | Gesamt | 2 | 25,0 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 1,571

Hygiene

| | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--|------------|---------|------------------|---------------------|
|--|------------|---------|------------------|---------------------|

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| Gültig | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,857

Betreuung der Patienten im Aufwachraum

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,857

Betreuung der Patienten im Schockraum

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist eine Spezialaufgabe. Nicht jeder muss sie können. | 1 | 12,5 | 16,7 | 16,7 |
| | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 3 | 37,5 | 50,0 | 66,7 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 2 | 25,0 | 33,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 6 | 75,0 | 100,0 | |
| Fehlend | Eine Einordnung ist nicht möglich. | 1 | 12,5 | | |
| | System | 1 | 12,5 | | |
| | Gesamt | 2 | 25,0 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 1,42

Soziale Interaktion

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | 1 | 12,5 | 14,3 | 14,3 |

| | | | | | |
|---------|--|---|-------|-------|-------|
| | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 85,7 | 100,0 |
| | Gesamt | 7 | 87,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

Mittelwert: 3,857

Schmerzmanagement

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 6 | 75,0 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | Eine Einordnung ist nicht möglich. | 1 | 12,5 | | |
| | System | 1 | 12,5 | | |
| | Gesamt | 2 | 25,0 | | |

| | | | | | |
|--------|--|---|-------|--|--|
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |
|--------|--|---|-------|--|--|

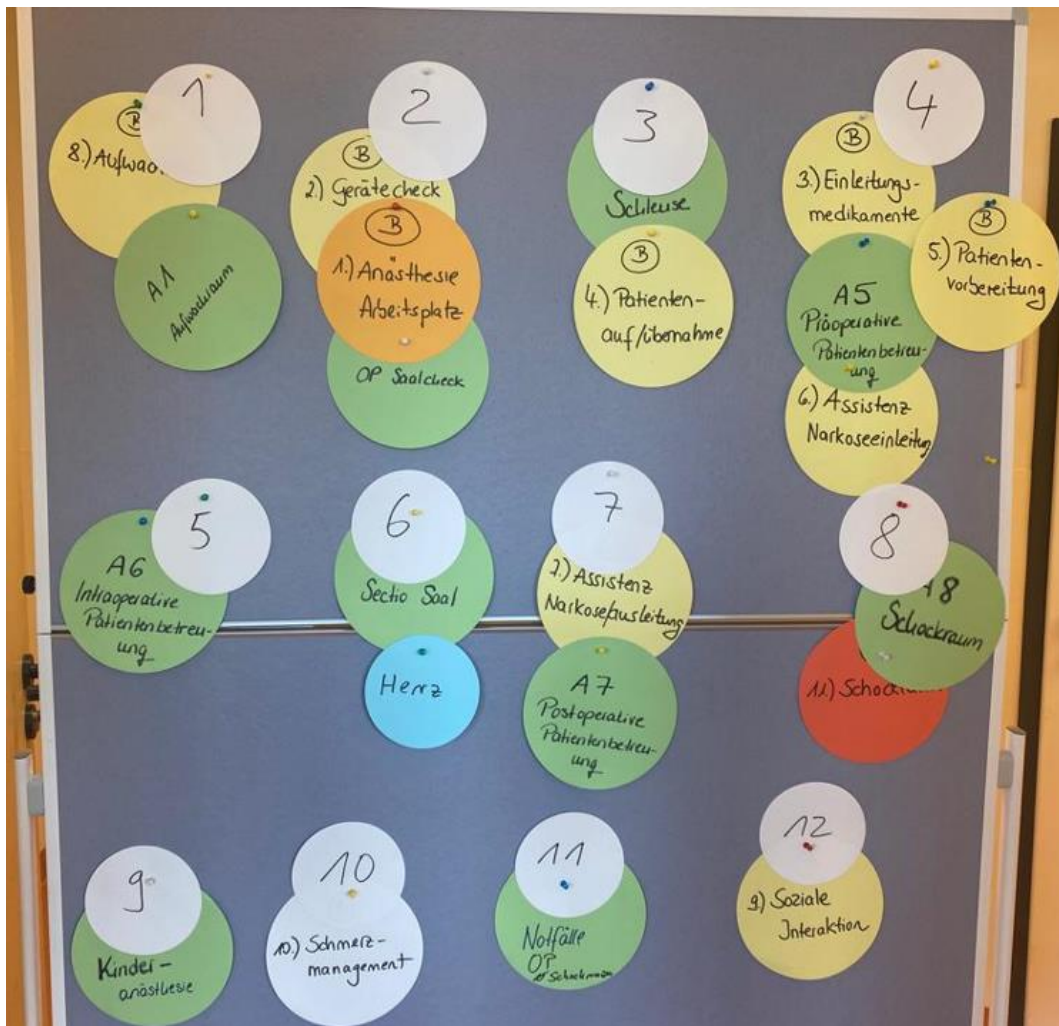
Mittelwert: 2,142

Patientensicherheit

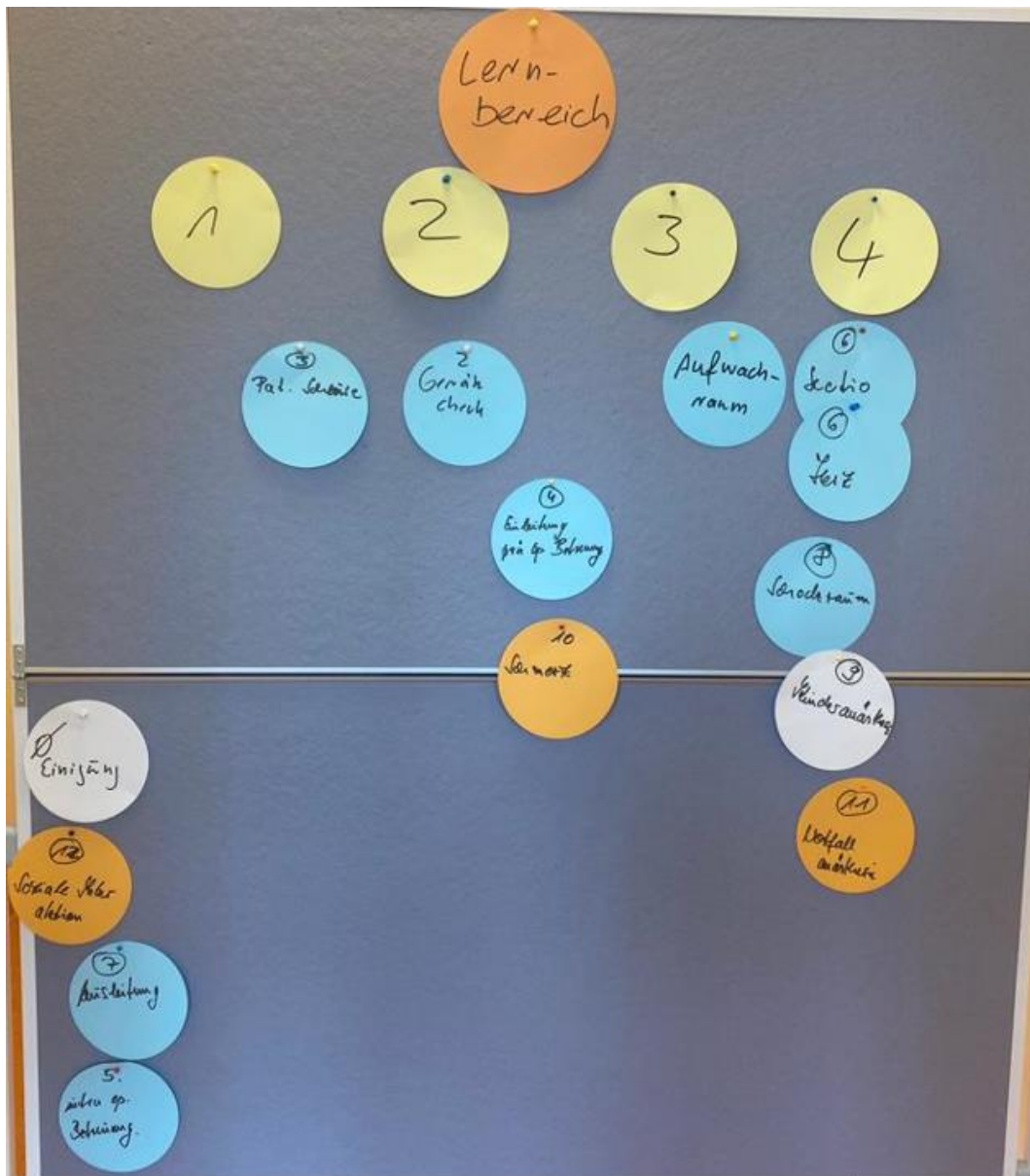
| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|--|------------|---------|------------------|---------------------|
| Gültig | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | 7 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlend | System | 1 | 12,5 | | |
| Gesamt | | 8 | 100,0 | | |

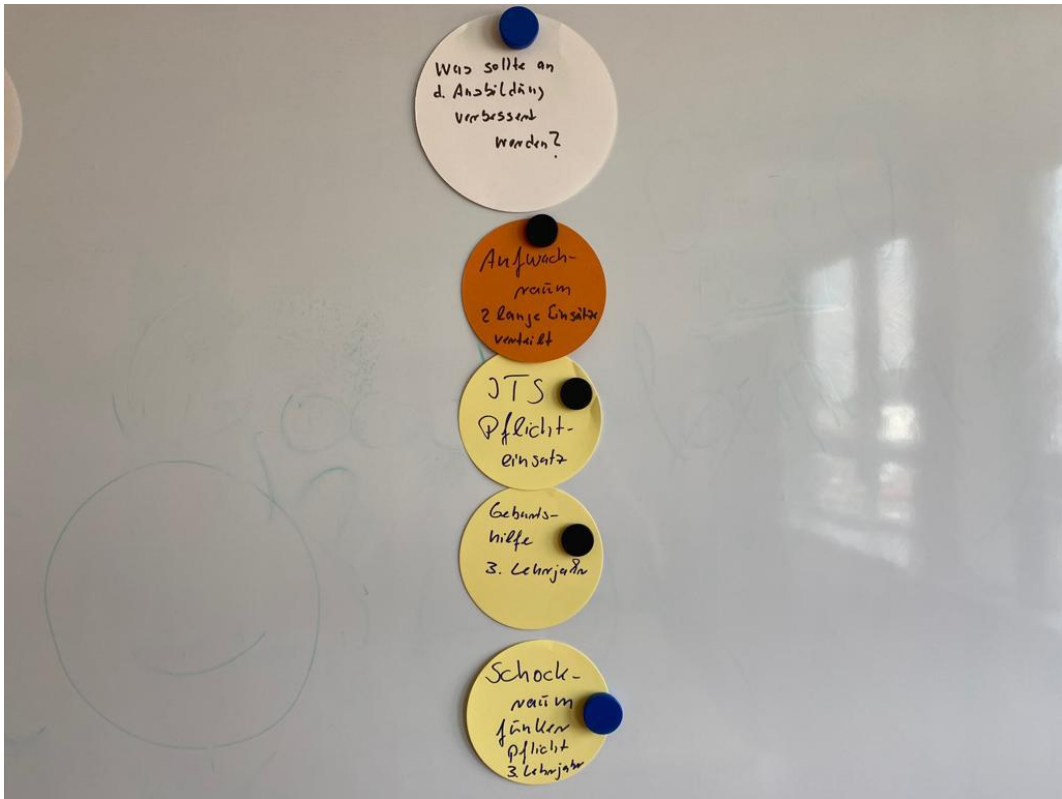
Mittelwert: 4

Anhang 11 Metaplanwand Übersicht der Arbeitsaufgaben Workshop



Anhang 12 Metaplanwand Ergebnis Lernbereichszuordnung, Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung





Anhang 13 Datenschutzerklärung

„Bereitet die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistenz ausreichend auf das Handlungsfeld im Aufwachraum vor?“

Empirische Berufsfeldanalyse zum Berufsbild der Anästhesietechnischen Assistenz“

Sehr geehrte Untersuchungsteilnehmer*in,

Dieser Workshop verfolgt das Ziel, im Rahmen meiner Masterthesis, das Handlungsfeld der Anästhesiepflege berufswissenschaftlich zu beschreiben. Auf der Basis dieser Beschreibung sollen Fragestellungen zum Aufwachraum in Bezug auf die Anästhesietechnische Assistenz diskutiert werden. Insbesondere soll geklärt werden, ob die Ausbildung die Auszubildenden hinreichend vorbereitet.

Im Folgenden informiere ich Sie über den datenschutzrechtskonformen Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und bitte um Ihre Zustimmung zur Teilnahme an meiner Studie sowie zur Verwendung Ihrer Daten für die angegebenen Zwecke.

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch.

Bei Rückfragen oder Verständnisschwierigkeiten stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung!

Mit freundlichen Grüßen

Britta Steeger

Was geschieht mit Ihren Daten? – Hinweise zum Datenschutz

Ich arbeite nach den Vorschriften der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung und allen anderen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Im Rahmen dieser Studie werden Audiomitschnitte während des Workshops und ein Fragebogen zur Validierung nach dem Workshop erstellt.

Nach deren Erhebung/Aufzeichnung werden diese Daten anonymisiert und pseudonymisiert, d. h., es werden sämtliche Namen und sonstigen Hinweise, die Rückschlüsse auf Sie als Person ermöglichen würden, entfernt.

Den Zugang zu diesen Daten haben nur die Forschende, die diese Daten nach Beendigung der Forschungsarbeit löscht.

Die erhobenen Daten werden geschützt aufbewahrt. Ihre Angaben zu Namen und Adresse sowie Ihre Einwilligungserklärungen werden getrennt von den sonstigen erhobenen Daten aufbewahrt, sodass diese nicht miteinander in Verbindung gebracht werden können.

Verwendungszweck: Ihre Adressdaten werden ausschließlich zur Terminvereinbarung des Workshops und zur Versendung des Fragebogens verwendet. Angaben der Fragebogendaten werden zur Validierung des Workshops durch den Forschenden verwendet und im Rahmen der Forschungsergebnisse ausgewertet. Ebenso werden die Audiodateien für die Auswertung des Forschungsvorhabens verwendet.

Die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen inkl. Wörtlicher Zitate aus den Audiodateien in Publikationen (wie beispielsweise Projektberichten, (Fach-)Artikeln oder Abschlussarbeiten, in Vorträgen oder sonstigen Präsentationsformaten (wie bspw. Postern) erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form und lässt zu keinem Zeitpunkt Rückschlüsse auf Sie als Person zu.

Teile Ihrer Aussagen werden, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, eventuell in Publikationen, Berichten, im Web oder anderen Ergebnisdarstellungen zitiert. Dies geschieht in anonymisierter Form, d. h. ohne Angabe Ihres Namens oder Ihrer Adresse.

In jedem Fall gilt: **Ihre Teilnahme an meiner Studie ist freiwillig.** Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Auskunft über die von mir gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten (DSGVO Art. 15). Sie können jederzeit eine Berichtigung dieser Daten (DSGVO Art. 16), sowie deren Löschung verlangen (DSGVO Art. 17). Sie haben jederzeit das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung ihrer Daten zu fordern (DSGVO Art. 18), Widerspruch gegen deren weitere Verarbeitung zu erheben (DSGVO Art. 21) oder ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (DSGVO Art. 20) geltend zu machen. Weiterhin haben Sie unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (DSGVO Art. 77).

Weder eine automatisierte Entscheidungsfindung noch ein Profiling im Sinne des Art. 22 Abs. 1 und 4 DSGVO finden statt.

Lehnen Sie die Teilnahme ab oder widerrufen oder beschränken Sie Ihre Einwilligung, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen bin ich selbst verantwortlich.

Einwilligungserklärung zur Verwendung personenbezogener Daten für die Studie

„Bereitet die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistenz ausreichend auf das Handlungsfeld im Aufwachraum vor?“

„Empirische Berufsfeldanalyse zum Berufsbild der Anästhesietechnischen Assistenz“

Zur oben bezeichneten Studie habe ich das Informationsblatt erhalten, indem ich über Forschungsziele, Datennutzung und Datenschutz informiert wurde. Dieses habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre hiermit, dass ich vor den Datenerhebungen die Möglichkeit hatte, an die Verantwortlichen Fragen zu stellen. Eventuelle Fragen wurden vollständig beantwortet.

Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme an der Studie vollkommen freiwillig ist und ich bei einer Verweigerung meiner Einwilligung keinerlei Nachteile erleide. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass dies einer Begründung bedarf und ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Im Fall eines Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

Eine Kopie der Informationsschrift und dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ich bin damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen und stimme auch der Erhebung und Verarbeitung der (personenbezogenen) Daten im Kontext der Studie zu:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden nach dem Workshop zur Validierung der Ergebnisse erneut kontaktiert zu werden und den Fragebogen auszufüllen.

Ja Nein

Ich möchte erneut kontaktiert werden, um die Forschungsergebnisse einsehen zu können.

Ja Nein

Ich stimme der oben beschriebenen geschützten Aufbewahrung und Weiterverwendung der pseudonymisierten und anonymisierten Daten/Audiodateien für Lehrzwecke in den Berufswissenschaften /Berufspädagogik/ Pflegepädagogik im Rahmen von Lehrveranstaltungen mit thematischem Bezug zum Forschungsvorhaben zu.

Ja Nein

Ich stimme der oben beschriebenen geschützten Aufbewahrung und Weiterverwendung der personenbezogenen pseudonymisierten Daten über Archive für Forschungsdaten KiDoks- Kirchlicher Dokumentenserver und Gesundheitswissenschaften Pflegepädagogik zu.


Ja *Nein*

Vor- und Nachname (Druckschrift)

Ort, Datum, Unterschrift

Kontaktdaten (nur bei gegebenem Einverständnis):

Anhang 14 Umfragebogen LimeSurvey®



Nordrhein-Westfalen

Validierung der Arbeitsaufgaben Anästhesiepflege

0%

Willkommen bei der letzten Etappe des Workshops. Bitte beantworten Sie alle Fragen.
In dieser Umfrage sind 24 Fragen enthalten.

[Weiter](#)

Impressum | Datenschutz | © 2023 Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Fragengruppe 1

*** Welchen Beruf haben Sie erlernt?**
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Anästhesietechnische Assistenz

Pflegeausbildung mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensiv

ⓘ Dies ist eine Frage-Hilfetext.

*** Wie viele Betten hat Ihr Krankenhaus cirka, in dem Sie aktuell arbeiten?**
In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

*** Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten und unterschrieben.**

Ja Nein

*** Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie im Handlungsfeld Anästhesie?**
In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

[Zurück](#) [Weiter](#)

* Geben Sie bitte die Häufigkeit der Arbeitsaufgaben an.

| | Die Aufgabe fällt nie an. | Die Aufgabe fällt monatlich bis jährlich an. | Die Aufgabe fällt wöchentlich bis monatlich an. | Die Aufgabe gehört zur täglichen Arbeit. |
|---|----------------------------------|--|---|--|
| A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2 Den Patienten entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten. | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A3 Durchführung und Überwachung der Narkose im Operationsaal. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A4 Bei der Ausleitung der Narkose unterstützen. | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A5 Transport auch instabiler Patienten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A6 Anästhesiologische Betreuung der Patienten in der Bauchchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Unfallchirurgie und Orthopädie. | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A7 Anästhesiologische Betreuung der Patienten in der Kinderchirurgie, Herzchirurgie und der Geburtshilfe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A8 Hygiene | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A9 Betreuung der Patienten im Aufwachraum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A10 Betreuung der Patienten im Schockraum. | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A11 Soziale Interaktion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A12 Schmerzmanagement | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A13 Betreuung der Patienten in speziellen Funktionsbereichen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A14 Patientensicherheit | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A15 Organisatorische Tätigkeiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 16 Anleitung neuer Kollegen, Auszubildender und Praktikanten | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

* Welche Angaben können sie zur Bedeutung der Aufgaben treffen?

| | Die Aufgabe ist kein Bestandteil des Handlungsfeldes Anästhesiepflege. Z.B. Sie sind zu allgemein und in sehr vielen Berufen wichtig. | Die Aufgabe ist eine Spezialaufgabe. Nicht jeder muss sie können. | Die Aufgabe ist für die Arbeitsprozesse typisch. Die meisten Fachkräfte sollten sie beherrschen. | Die Aufgabe ist unverzichtbarer Bestandteil der Facharbeit und muss von jedem beherrscht werden. | Eine Einordnung ist nicht möglich. |
|---|---|---|--|--|------------------------------------|
| A1 Den Anästhesiearbeitsplatz vor- und nachbereiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2 Den Patienten entgegennehmen und auf die Narkose vorbereiten | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A3 Durchführung und Überwachung der Narkose im Operationssaal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 4 Bei der Narkoseausleitung unterstützen | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A 5 Transport instabiler Patienten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 6 Anästhesiologische Betreuung der Patienten in Fachbereichen der Bauchchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Unfallchirurgie und Orthopädie | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A 7 Anästhesiologische Betreuung der Patienten in der Kinderanästhesie, Herzchirurgie und der Geburtshilfe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 8 Hygiene | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A 9 Betreuung der Patienten im Aufwachraum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 10 Betreuung der Patienten im Schockraum | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A 11 Soziale Interaktion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 12 Schmerzmanagement | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A 13 Betreuung der Patienten in speziellen Funktionsbereichen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 14 Patientensicherheit | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| A 15 Organisatorische Tätigkeiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A 16 Anleitung neuer Kollegen, Auszubildender | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

* Die ATA-Ausbildung bereitet ausreichend auf die Tätigkeit im Aufwachraum vor.



Ja



Nein

* Ein praktischer Einsatz auf der Intensivstation sollte in die Ausbildung integriert werden.



Ja



Nein

In diesem Textfeld können bei Bedarf Bemerkungen oder ein Feedback eingetragen werden. Diese können sich auf den Workshop, die Arbeitsaufgaben oder die Umfrage beziehen.

Dies ist kein Pflichtfeld.

Zurück

Absenden

Anhang 15 Zitate der Audiodateien

Auszüge aus der Audiodatei 1, welche bei der Präsentation der Individuellen Arbeitsaufgaben aufgenommen wurde.

(p.K., AD1, Min. 4) „Da ist es ganz wichtig, dass die Geräte bei uns immer gecheckt sind. Dass die Materialien für die Atemwegssicherung gegeben sind.“

(p.K., AD1, Min. 6) “[...] den OP Saal Check, der für uns ja wichtig ist, um den Patienten überhaupt mal in Narkose zu bringen [...]“

(p.K., AD1, Min.14) „Dann habe ich als nächstes die Intensivstation genommen. Das war für mich persönlich in der Ausbildung eines der wichtigsten Stationen, die ich durchlaufen hab. Das war für mich eine Riesenangst im OP Intensivpatienten in Empfang zu nehmen und zu betreuen, weil ich das gar nicht kannte und dass die schon intubiert, beatmet, schwerstkrank, nach weiß ich nicht was für einem Krankheitsbild zu uns kamen. Das war für mich eine Aufgabe, die für mich sehr, sehr schwierig war, an der ich aber auch sehr, sehr gewachsen bin.“

(p.K., AD1, Min. 15) „[...] auf die Transportfähigkeit des Patienten achten. Auch sicherstellen, Monitoring, Oxylog, Medikamentenmanagement, das muss ja alles trotzdem weiterlaufen,[...] Man muss ja immer alles komplett einsehen, auf alles zugreifen können, im Notfall auch handeln können.“

(p.K., AD1, Min. 15) „Für uns ist das dann häufig so, wir geben den Patienten ab und dann ist Ende. Was mit dem passiert, wissen wir nicht. Das fand ich dann ganz toll zusehen, wie ist denn der Krankheitsverlauf. Was macht unsere OP, was macht unsere Narkose mit dem Patienten danach. Wie ist die Schmerztherapie, wie sehen die Therapiepläne aus, das sind ja dann nochmal ganz andere Medikamente als die, die wir aus der Anästhesie kennen. [...] einfach den Patienten als ganzheitlich zu sehen.“

(p.K., AD1, Min. 18) [...] „Hat mir aber auch am meisten gebracht“

(p.K., AD1, Min. 18) Interaktion mit vielleicht sogar unsicheren Teammitgliedern. Es sind dann Anästhesisten oder Anästhesistinnen da, die nicht so häufig drin sind. Und man muss dann selber so ein bisschen mit anleiten [...]

(p.K., AD1, Min. 20) [...] „ Und ehm später bin ich ja gewechselt in ein kleines Krankenhaus und da war ich ja alleine verantwortlich als Pflegekraft, für bis zu 8 Patienten und musste auch alleine entscheiden, welche Medikamente gebe ich. Also Analgetika. Wir waren tatsächlich auch so, dass wir Medikamente für Übelkeit, PONV, Analgetika selbst entschieden haben. So weit. Und nur die Medikamente, die ehm die an den Kreislauf gehen, haben wir uns noch mal rückversichert. Und eigenverantwortlich den Patienten zurück auf die Station verlegt. Da kam kein Arzt zur Unterschrift. Das war auch schwierig. Und im Aufwachraum

Blutungen rechtzeitig erkennen und einschätzen, wann der Arztkontakt wichtig ist. Das fand ich auch eh, das war jetzt nicht schwer, aber das war eine prägende Aufgabe für mich.“

Auszüge aus der Audiodatei 2, welche bei der Diskussion zur Einschätzung der Ausbildung aufgenommen wurde.

(p.K., AD2, Min. 2) “[...] ich war nur von meiner Organisation eine totale Niete am Anfang [...]].

(p.K., AD2, Min. 2) „[...] ich hab mich nicht getraut zu entscheiden, der kann gehen. Das war bei mir also so. In der Versorgung war alles super bei mir, aber zu sagen, OK, ich lass ihn jetzt gehen in meiner Verantwortung? [...] die Organisation also auch hinterherzukommen, weil irgendwann hat dann mein Chef gesagt[...] das kann nicht sein, dass wir immer 8 Patienten auf 6 Bettenplätzen haben, bei dir.“

(p.K., AD2, Min. 4) „Ja, wir hatten halt relativ lange Einsätze. Das heißt, Du hast ein weites Spektrum an Krankheiten mitbekommen. Und ja, ich hab dann halt auch viel mit einer Person eigentlich zusammengearbeitet, im Aufwachraum, die hauptsächlich da gearbeitet und hat mich schon gut angeleitet. Und hat sich dann schnell fit gefühlt, dass auf jeden Fall.“

(p.K., AD2, Min. 4) „Okay, und der der Bruch zum OP, wo immer ein Arzt dabei ist, bei der Einleitung. Da ist man ja nicht allein. Im Aufwachraum ist man ja oft allein.“

(p.K., AD2, Min. 5) „Alleine ist man ja nie. Also der Arzt ist ja immer rufbar. Also ich hab zum Beispiel am Anfang wenn ich ZA1¹⁴ hatte die Tür aufgehabt. Also meine Anfangszeit zu direkt nach der Ausbildung. Ich hatte die Tür zwischen OP und mir nie geschlossen, das war so am Anfang nie zu. Klar, jetzt habe ich die mittlerweile auch zu. Weil ich meine Ruhe haben will, aber die war am Anfang nie zu. Dass, wenn was is, ich rufen konnte. Also in Hörweite, war immer jemand, und wenn niemand gehört hat, von den Ärzten, hat eine Pflegekraft mich gehört. Telefon hatte ich immer und jetzt ist die Tür zu und ich habe meine Ruhe und ich weiß, was ich tue.“

(p.K., AD2, Min. 8) “ Also, wenn ich da 11 Patienten liegen hab, dann geh auch ich baden. Da kannst du noch so viel Struktur haben [...] Und dann hast du gleich noch einen für Intensiv geparkt und da werden die nicht abgeholt dann.“

(p.K., AD2, Min. 8) Und dann hast du gleich noch einen für Intensiv *geparkt* und da werden die nicht abgeholt dann. [...]

¹⁴ In dem betreffenden Krankenhaus übliche Bezeichnung eines Dienstes. Dieser schließt in diesem Fall die Arbeit im AWR ein.

Das ist bei uns halt auch dann werden wir noch die Intensiv äh, Patienten, , weil der Intensiv-Platz ist noch nicht frei, dann haben wir da einen Intensiv- Patienten, den wir *zwischenbetreuen* müssen zwischen den anderen eigentlich teilweise IMC- Patienten. [...]

Haben wir hier eben bei euch im OP auch schon mal IMC- Patienten oder Intensivpatienten im Aufwachraum? [...] Ganz oft, ganz oft. Wo denn nicht?

(p.K., AD2, Min. 17) „Ich habe gelernt mit einer Astral umzugehen [...] Dann stehen alle vor dem Gerät und denken sich, um Gottes Willen.“

(p.K., AD2, Min. 18) Das ist auf einer Intensivstation einfach viel, auch viel viel über einen längeren Zeitraum geht nicht nur über die halbe Stunde OP-Zeit, sondern über 2, 3 Wochen teilweise und das fand ich halt so schön.

(p.K., AD2, Min. 22-23) Also 6 Wochen finde ich schon super. Intensiv [...] Ich würde es dann nur splitten, in einmal 4 Wochen und einmal 2 Wochen. [...]

Moderator: Den Aufwachraum? Ja, 4 Wochen, um einmal wirklich reinzukommen und dann ne Sicherheit entwickeln. So wie das bei mir gemacht wurde, war das eigentlich ganz gut. [...]Und dann noch mal 2 Wochen, weil ich finde, wenn man einmal drin ist, braucht man nicht mehr so lange und dann nochmal reinzukommen.

Moderator: Ja aber plus wieviel 3 Wochen Intensiv? Was wäre ein Vorschlag oder 2? (Gemurmel) Also 4 bis 6 Wochen? OK, da sind jetzt alle dacore. (alle haben genickt)

(p.K., AD2, Min. 25) Dass die mal auf ner normalen Pflegestation mal gewesen sind, um zu wissen wie hat man da auch sein Geld verdienen muss, finde ich schon auch gut, ja ne, dass man auch mal weiß wo Pflege auch gemacht wird. Auch *das Lagern*....

(p.K., AD2, Min. 32) „Weil an sich ist die Ausbildung. Ich find die gut.“

Versicherung selbständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit „Bereitet die Anästhesietechnische Assistenz ausreichend auf das Handlungsfeld im Aufwachraum vor?“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die andere Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Tönisvorst, den 30.06.2023