

## **Kompetenzkatalog Intensivpflege Empfehlungen der DIVI (2014)**

Muhl E1, 2, Ehlers T2 (Fachpflegekraft für Anästhesie und Intensivmedizin), Ewers A3 (Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin), Krotsetis S2 (Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Master of Science Critical Care), Notz K4,1, Müller-Wolff T5 (Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie), Rothaug O6,4 (Intensive Care Practitioner), Toensfeuerborn H7 (Fachkinderkrankenschwester für pädiatrische Anästhesie und Intensivpflege), Weiler N1,8, Wichmann D9

Die Intensivmedizin ist ein Arbeitsfeld, in dem Ärzte und Pflegekräfte in besonderer Weise vernetzt arbeiten. Intensivmedizinisches Team ist interprofessionell und interdisziplinär aufgestellt.

Die Musterweiterbildungsordnung Intensivmedizin der Ärzte wird derzeit von der Bundesärztekammer unter Mitarbeit der Fachgesellschaften und Berufsverbände und unter Federführung der DIVI erarbeitet. Die Weiterbildungsinhalte werden kompetenzbasiert formuliert und mit Kompetenzlevels versehen. In ähnlicher Weise sind auch die Kompetenzen für die Intensivmedizin auf europäischer Ebene durch die ESICM festgelegt worden.

Bei der eng ineinandergreifenden Tätigkeit von Ärzten und Pflegeberufen in der Intensivmedizin macht es daher Sinn, auch für die Intensivfachpflege die Weiterbildungsinhalte kompetenzbasiert zu formulieren. Das Präsidium der DIVI hat hierfür eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich seit Juni 2013 dieser Aufgabe angenommen hat.

In der Weiterbildung der Pflegeberufe in der Intensivmedizin findet derzeit eine Differenzierung der Intensivfachpflege statt und eine Akademisierung der Pflege, die neue Berufsbilder im Gefolge hat. Darüber hinaus erfährt die Tätigkeit der Fachpflegekräfte für Intensivmedizin eine Ausweitung der Handlungsfelder, die z.T. weit über die Inhalte der Weiterbildung der Fachpflege hinausgehen. Dies spiegelt sich deutlich wider in der bundesweiten Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus, die vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.v. im Pflegebarometer 2012 veröffentlicht wurde (1).

Die Weiterbildung der Pflegefachkräfte für Intensivpflege und Anästhesie ist über Landesverordnungen geregelt, in denen auch die Weiterbildungsinhalte festgehalten sind, auf denen dann die Curricula der Weiterbildungsstätten beruhen.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin DIVI ist eine fach- und berufsgruppenübergreifende Organisation aller Professionen, die in der Intensivmedizin und Notfallmedizin tätig sind. Sie ist dadurch prädestiniert, für die Intensivfachpflege fachübergreifend gültige Kompetenzen zu definieren, die dann eine einheitliche Grundlage für in den Ländern zu erstellende Weiterbildungsordnung für die Intensivpflege sein können. Dieses Dokument liegt jetzt vor und ist als EXCEL-Tabelle auf der Web-Seite der DIVI einzusehen.

Es lassen sich daraus auch Schnittmengen zwischen den Kompetenzen der Ärzte und der Fachpflegekräfte in der Intensivmedizin ausmachen, Kompetenzen also, die in beiden Berufsgruppen nötig sind und Eingang in die Weiterbildung finden sollten.

Es wurde bewusst darauf verzichtet, Kompetenzen für Subspezialisierungen in der Intensivpflege z.B. für Beatmungstherapeuten oder für z.T. neue akademische Qualifizierungen und Studiengänge zu definieren. Auch diese sollten allerdings die hier beschriebenen Kompetenzen für die Intensivpflege beinhalten und sind als on-top Qualifikationen zu verstehen.

Bei der Schnittmenge zwischen den Kompetenzen handelt es sich nicht nur, aber auch um delegierbare, ursprünglich ärztliche Aufgaben. Die DGAI hat im Dezember 2007 eine Entschließung hierzu formuliert und veröffentlicht (2) ([www.dgai.de](http://www.dgai.de)). Darin sind als delegierbare Tätigkeiten bereits z.B. das Anlegen peripher venöser und arterieller Gefäßzugänge genannt und z.B. die Blutzuckereinstellung nach vorgegebenen Protokollen. Die kurzzeitige Regulierung der Insulingaben via Spritzenpumpe geschieht heute schon in 85,8% in eigenverantwortlicher Therapieführung durch Pflegenden. (1) Erwähnt werden auch die

selbstständige Durchführung der Bronchialtoilette bei intubierten und tracheotomierten Patienten und die Durchführung von Beatmungsinhalation/ bettseitiger Aerosolbehandlung.

Die Wirklichkeit der Intensivpflege ist mittlerweile fortgeschritten: 2012 werden – laut Umfrage unter Leitenden Pflegekräften – die Entscheidungen nur in geringem Anteil allein von Ärzten entschieden, z.B. ob ein Patient umintubiert werden muss (36,9%), ob ein Patient extubiert werden kann (40,0%), oder ob die Analgosedierung in der Dosierung angepasst werden muss (24,2%, bzw. 17,3%). Nach Einschätzung der Befragten, werden die Entscheidungen überwiegend durch Ärzte und Pflegepersonal gemeinsam getroffen. Es sind keine Einzelfälle mehr, wenn Intensivpflegekräfte in 61,7% über die Beimischung von O<sub>2</sub> in der Dauerbeatmung, in 30,3% über die Höhe des PEEP und in 29,5% über die Umlagerung eines Patienten in die Bauchlage entscheiden. (1)

Die Umfrage lässt nicht erkennen, wodurch diese Entwicklung bedingt ist. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Nichteinhaltung der empfohlenen Standards der DIVI für die Personalausstattung von Intensivstationen (noch) nicht umgesetzt ist und hier ärztlicher Personalmangel durch Pflegekräfte kompensiert wird. Fest steht, dass in den Weiterbildungsordnungen für die Intensivfachpflege diese Tätigkeiten bislang nicht verankert sind. Somit ist die Übernahme solcher Tätigkeiten durch Pflegekräfte und auch die Überantwortung solcher Tätigkeiten an Pflegende durch die Ärzte potentiell nicht unproblematisch, was die Sicherheit des Patienten angeht, aber auch was haftungsrechtliche Risiken angeht.

Anders ist dies, wenn SOPs für die Beatmung und Weaningprotokolle allen Beteiligten ein klares Procedere vorgeben und dies auch in der Weiterbildung gelehrt wird. Folgerichtig wurde auch die protokollbasierte Abtrainierung von Respirator in die Kompetenzen der Intensivfachpflege aufgenommen. Die Kompetenzlevels wurden dabei definiert nach dem Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen EQF, der vom grundlegenden Allgemeinwissen, Level 1 bis Level 4, einem breiten Spektrum an Theorie, ausgeht. Level 4 beinhaltet dabei auch das selbstständige Tätigwerden innerhalb der Handlungsparameter von Arbeits- und Lernkontexten, die Überwachung von Routinearbeit anderer Personen und die Übernahme der Verantwortung für die Bewertung der Arbeitsaktivitäten - bis hin zu Kurzstudiengängen (Level 5) Bachelor- und Masterstudiengängen (Level 6 und 7) und dem Erwerb des PhD (Level 8).

#### Literatur:

1. Isfort M, Weidner F, Gehlken D (2012) Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Herausgegeben: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Köln, <http://www.dip.de>
2. DGAI. Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin. Anästh Intensivmed 49, 2008: 52-53. [www.dgai.de](http://www.dgai.de)

---

<sup>1</sup>Präsidium der DIVI,

<sup>2</sup>Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck, Klinik für Chirurgie

<sup>3</sup>Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Salzburg

<sup>4</sup>Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege

<sup>5</sup>Akademie der Kreiskliniken Reutlingen

<sup>6</sup>Universitätsklinikum Göttingen

<sup>7</sup>Medizinische Hochschule Hannover,

<sup>8</sup>Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

<sup>9</sup>Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Medizinische Klinik