

## 5 Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand der ausgewählten Studien jeweils quantitativen Forschungsdesigns – insbesondere deren Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Empfehlungen und der anschließend daraus zusammengeführten Synthese – auszuloten bzw. künftige Szenarien zu entwickeln, welche Relevanz, Potenziale, Übertragbarkeit, mögliche Auswirkungen und Synergien diese auf die gegenwärtigen Verhältnisse und den künftigen Professionalisierungsprozess der österreichischen Anästhesiepflege haben könnten. Im Zuge der Professionalisierung sollen neben vielfach zitierten und obligaten Merkmalen (Friesacher, 2009) wie beispielsweise konstante, evidenzbasierte und internationalen Standards entsprechende Qualitätssicherung/Qualitätssteigerung, permanente Weiterentwicklung des Berufsbildes Anästhesiepflege – resp. stetige Sicherung und Wahrung der Patient\*innensicherheit, auch weitere Aspekte wie Mitarbeiter\*innenzufriedenheit, Mitarbeiter\*innenbindung, Ökonomie, Wettbewerbsfähigkeit und Mobilität im gesamteuropäischen Kontext, berücksichtigt werden (Vakkuri et al., 2006; Meeusen et al., 2010; Jeon et al., 2015; Jeon et al., 2020a; Jeon et al., 2020b).

Hinsichtlich Beantwortung der vorab gestellten, zentralen Forschungsfrage werden neben den o.a. Studien zusätzlich auch weitere Literaturquellen und Publikationen entsprechender wissenschaftlicher Qualität, Aussagekraft und Relevanz herangezogen, um dem breiten Spektrum der ursprünglichen Fragestellung gerecht zu werden (Aiglesberger, 2013; Jeon et al., 2015; Trampitsch & Kullnig-Szasz, 2019; Planko 2019; Schaffer, 2018; Schaffer, 2022; Schwaiger Baron & Müller, 2022; BAG/ÖGKV, 2023; Schaffer, 2024). In diesem Kontext

sollen überdies auch die in Österreich aktuell gültigen gesetzlichen Regelungen (Abschnitt 5., § 68, GuKG, 2023) und gegenwärtige Ausbildungsmodelle des Studiums auf der tertiären Bildungsebene (FH Gesundheitsberufe OÖ) stets als zusätzliche Rahmenbedingungen, aber auch als potenzielle Grenzen (Limitationen) berücksichtigt werden.

Der Professionalisierungsprozess der Gesundheits- und Krankenpflege im Allgemeinen weist in Österreich seit jeher, oftmals von vielfältigen soziokulturellen, beruflichen, aber auch von politischen und insbesondere berufs- und bildungspolitischen Faktoren, Aspekten und Interessen [Anm.: exogene vs. endogene Ursachen] beeinflusst, insgesamt einen regressiven, unausgeglichenen und retrograd ausgerichteten Charakter sowie eine damit eng verbundene und widersprüchliche Geschichte auf, welche nun endgültig überwunden werden und somit auch endgültig der Vergangenheit angehören müssten. Das Berufsbild der österreichischen Anästhesiepflege bzw. deren primäre Daseinsberechtigung, war und ist bis heute phasenweise von dieser Dynamik und diesen Tendenzen ebenfalls stark betroffen (ÖGARI, 2019; Likar, 2019; Lackinger-Schmutz, 2019; Hasibeder, 2022; Schwaiger Baron & Müller, 2022; BAG/ÖGKV, 2023; Weh, 2023; Schaffer, 2024).

Der Weg von der einstigen »Narkoseschwester« (Nolte, 2020, S. 95–118) bis hin zum/r gegenwärtigen Akademischen Expert\*in in der Anästhesiepflege (Abschnitt 5., § 68, GuKG, 2023; FH Gesundheitsberufe OÖ, 2023; Schaffer, 2024) war viel zu lang, beschwerlich und v.a. von zahlreichen Rückschlägen, einschneidenden und zeitweise sogar irreversibel wirkenden Tendenzen der Deprofessionalisierung und Restaurierungsversuchen geprägt (Hasibeder, 2022; Schwaiger Baron & Müller, 2022; BAG/ÖGKV, 2023; Weh, 2023; Schaffer, 2024). Eine etwaige erneute sukzessive oder sogar systematisch herbeigeführte und künftig forcierte Deprofessionalisierungsbewegung der Anästhesiepflege in Österreich ist aus heutiger Sicht energisch und entschieden abzulehnen (Wolf & Vogd, 2017, S.164–166, S.170), zumal dies weder evidenzbasiert-wissenschaftlich [Anm.: laufende Entwicklungen in der Humanmedizin – resp. Anästhesie und Intensivmedizin, Pflegewissenschaft – resp. Pflegeforschung sowie Sozialwissen-

schaften, Patient\*innensicherheit u.v.a.m.] noch politisch-gesellschaftlicher Natur [Anm.: Gesetzgebung, Bildungsstrategien und Strukturen] zeitgemäß begründet, argumentiert oder gerechtfertigt werden kann (Schwaiger Baron & Müller, 2022; BAG/ÖGKV, 2023). Der Spezialbereich Anästhesiepflege gehört zweifelsfrei mit der Sparte Intensivfachpflege zusammen, zu jenen hochentwickelten Segmenten des Gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege auch in Österreich, dessen fortlaufende Weiterentwicklung von den ebenfalls stetig fortschreitenden Entwicklungen der medizinischen Fachdisziplin der (operativen) Anästhesiologie und Intensivmedizin nicht zu entkoppeln ist, sondern diese Entwicklungen sollten vielmehr in einer symbiotischen Verbindung zwischen Mediziner\*innen und Anästhesiepflegepersonen voranschreiten, um diese dann gemeinsam miteinander bewältigen zu können (Schwaiger Baron & Müller, 2022). »Die Professionalisierung der Pflege sollte keineswegs die Deprofessionalisierung der Mediziner\*innen herbeiführen oder vice versa« (Wolf & Vogd, 2017, S. 170). Aus diesem Grund ist es an der Zeit, der spezialisierten Fachpflege für Anästhesie langfristig und zukunftsorientiert zu ermöglichen, ihre Profession jeweils dem international aktuellen, evidenzbasierten Entwicklungsstand der Fachdisziplin Anästhesie und Intensivmedizin sowie parallel dazu, den zeitgemäßen Erkenntnissen der Pflegeforschung entsprechend, ausüben zu können (Schwaiger Baron & Müller, 2022; BAG/ÖGKV, 2023; Weh, 2023).

Die aktuellen bzw. künftig fortlaufenden Professionalisierungsmaßnahmen die österreichische Anästhesiepflege betreffend, sollten stets alle drei »vertikalen Ebenen« der beruflichen Professionalisierung: »Mikroebene«, »Mesoebene« sowie »Makroebene« (Husi, 2017) umfassen. Etwaige Professionalisierungsmaßnahmen, die lediglich einzelne Ebenen betreffen würden, würden mittel- oder langfristig nicht standhalten, da alle drei Ebenen optimalerweise in einem dynamischen Zusammenhang zueinanderstehen sollten, um ein optimales und v.a. nachhaltiges Ergebnis erzielen zu können. Die Bevorzugung oder die Benachteiligung einzelner Ebenen würde unweigerlich zu

Verzerrungen, Stagnation oder Rückschritten innerhalb des Professionalisierungsprozesses führen.

Auf der Mikroebene (Husi, 2017) der Professionalisierungsmaßnahmen, im sog. multiprofessionellen Team einer jeden Operationseinheit, in welchem die Anästhesiepflegepersonen auch in Österreich zumeist eingesetzt werden, wären die betroffenen Fachpflegekräfte, wie dies durch zahlreiche Publikation früheren sowie auch aktuelleren Datums hervorgehoben und bestätigt wird (Aiglesberger, 2013; Schaffer, 2018; Schaffer, 2022; Schwaiger Baron & Müller, 2022; Schaffer, 2024), prinzipiell bereit, auch erweiterte Kompetenzen im Sinne von »Advanced Nursing Practice« (ANP) (Friesacher, 2009) [Anm.: GuKG: mitverantwortlicher Bereich vs. eigenverantwortlicher Bereich (Abschnitt 5., § 68, GuKG, 2023)] zu übernehmen.

Dies sollte aber – äquivalent zu den Aussagen, Ergebnissen, Forderungen und Empfehlungen der früheren Studien aus Finnland (Vakkuri et al., 2006; Jeon et al., 2015; Jeon et al., 2020a; Jeon et al., 2020b) –, erst dann erfolgen, wenn dafür auf der Mesoebene (Husi, 2017) – im Bereich der seit 2016 akademisierten Fachweiterbildung – adäquate, weitere und umfangreichere Studienangebote [Anm.: fachspezifisches, duales MA-Studium inkl. entsprechenden Anforderungen hinsichtlich Umfang, Praktika (Schlick, 2021) und ECTS-Leistungen] etabliert werden. Das gegenwärtige Ausbildungsmodell auf der Ebene der div. Hochschul- und Universitätslehrgänge in der Anästhesiepflege [Anm.: Anforderungsprofil: 60 ECTS-Punkte] ist zwar als notwendige und zeitgemäße Entwicklungsstufe zu betrachten und zu begrüßen, dennoch sollte künftig der weitere Ausbau eines eigenen, verlängerten [Anm.: Studiendauer mindestens drei bis vier Semester, 90–120 ECTS-Punkten entsprechend (Österreichs digitales Amt, 2023)], international wettbewerbsfähigen und kompatiblen MA-Studiums in der Anästhesiepflege – »im Sinne von ‚Advanced Nursing Practice‘ (ANP) inkl. [Anm.: teilweise] Übernahme von ärztlich-heilkundlicher Tätigkeiten« (Friesacher, 2009) – forciert werden. Regelmäßig durchgeführte evidenzbasierte Studien zur jeweils aktuellen Selbst- und Gesamtkompetenzeinschätzung der studierenden oder bereits berufstätigen Anästhe-

siepflegekräfte (Herion et al., 2019; Jeon et al., 2020a; Jeon et al., 2020b) sind überdies als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung – in Verbindung mit der Mikro- und Mesoebene (Husi, 2017) – zu betrachten.

In diesem Zusammenhang hat die Makroebene (Husi, 2017), die Berufs- und Bildungspolitik unter konsensualer Einbindung der entsprechenden Gremien wie beispielsweise Berufsverbände (BAG/ÖGKV, ÖBAI, ÖGARI), Kammern (ÖAK) sowie Vertreter\*innen aus den Bereichen fachrelevanter Bildung, Forschung und Wissenschaft (etwa GÖG) für die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu sorgen.

Den wissenschaftlich evidenzbasierten Kern der künftigen Professionalisierungsmaßnahmen der österreichischen Anästhesiepflege sollte in der Mesoebene (Husi, 2017) der akademisierten Fachweiterbildung – im Rahmen eines »Drei-Stufen-Modells« vom »Zertifikat«, über die »Akademische Expert\*innenausbildung« bis hin zu »Mastergraduierung« (BAG/ÖGKV 2023) jenes MA-Studium bilden, welches im Einklang mit nationalen und internationalen Studienergebnissen und Publikationen (Jeon et al., 2015; Jeon et al., 2020a; Jeon et al., 2020b), im »Positionspapier« (erweiterte Fassung, Version II.) der BAG/ÖGKV (2023) wie folgt beschrieben ist:

»In Österreich ist ein konsekutives Masterstudium aus dieser Perspektive ein begründeter Schritt, mit der akademischen Weiterbildungsoption hin zum PhD- oder Doktoratsstudium. Dieser Schritt bereitet nicht nur die Grundlage sich auch in Österreich den erprobten internationalen Standards anzuschließen, sondern jene auch zu unser [sic!] ‚Mission‘ zu machen.« (BAG/ÖGKV, 2023)

Die ursprünglich in Finnland beschriebenen fehlenden bzw. versäumten Professionalisierungsmaßnahmen hinsichtlich Gesamtkompetenzen, Einsetzbarkeit und Verfügbarkeit der landeseigenen Anästhesiepflegekräfte (Vakkuri et al., 2006; Jeon et al., 2015; Jeon et al., 2020a sowie Jeon et al., 2020b) erlangten in den vergangenen Jahrzehnten verstärkt eine gesamteuropäische und somit auch österreichische Relevanz. Die beschriebene Grundproblematik wurde anhand zahlreicher Folgestudien entsprechend überwacht, dokumentiert und aufgearbeitet

(Jeon et al., 2015; Jeon et al., 2020a sowie Jeon et al., 2020b). Die erzielten Studienergebnisse und deren Schlussfolgerungen sowie Empfehlungen stießen zwar erst zeitversetzt, jedoch mittel- und langfristig, auf Anklang. Von der Mesoebene (Husi, 2017) ausgehend, basierend auf den Bedürfnissen, Wünschen und Forderungen der Anästhesiepflegepersonen (Vakkuri et al., 2006; Jeon et al., 2020a sowie Jeon et al., 2020b), wurde in Finnland ca. um 2020/21 nun ein eigenständiges MA-Studium in der Anästhesiepflege nach vergleichbarem und international wettbewerbsfähigem, skandinavischem Modell implementiert (Schwaiger Baron & Müller, 2022). Dieser konkrete Entwicklungsschritt kann als unangefochtener Meilenstein im derzeitigen Professionalisierungsprozess der finnischen Anästhesiepflege betrachtet werden, welcher neben der fortlaufenden Verbesserung und Aufwertung des Berufsbildes auf der Mesoebene (Husi, 2017), zusätzlich auch dazu beitragen kann – aufgrund der im MA-Studium erworbenen, gesetzlich gesicherten, erweiterten Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Anästhesiepflegekräfte – die Patient\*innensicherheit auf einem zeitgemäßen Niveau zu sichern sowie die Mitarbeiter\*innenzufriedenheit zu stärken.

Diese oder vergleichbar andere mutige, visionäre, zukunftsorientierte und vorausschauende Entscheidungen und Entwicklungsschritte – im Sinne der weiteren und kontinuierlichen Professionalisierung österreichischer Anästhesiepflege – wären auch hierzulande dringend zu empfehlen.

## 5.1 Limitationen

Im nachfolgenden Abschnitt setzt sich der Verfasser in chronologischer Reihenfolge mit den Limitationen der einzelnen berücksichtigten Studien, gesondert und detailliert auseinander. Obwohl jede der verwendeten Studien sowohl inhaltlich als auch formal den gewünschten Gütekriterien und qualitativen Anforderungen entsprechen, weisen sie dennoch bestimmte Einschränkungen methodischer Natur auf. In diesem Zusammenhang sei besonders auf die obligaten Gütekriterien

und Qualitätsmerkmale der quantitativen Forschung wie beispielweise Objektivität, Reliabilität und Validität (Mayer et al., 2022, S. 101–103) verwiesen. Bei der Analyse der Limitationen werden überdies nicht nur jene Faktoren und Angaben unter die Lupe genommen, auf die fallweise die Autor\*innen selbst zuvor eingingen bzw. explizit hinwiesen, sondern darüber hinaus sollen auch weitere Aspekte und Dimensionen – etwa basierend auf bisherigen eigenen, fachspezifischen Beobachtungen und Erfahrungswerten –, beleuchtet werden, auf die im Rahmen der analytischen Auseinandersetzung der Studien gestoßen werden konnte. Vorausblickend sei zusätzlich darauf verwiesen, dass die Grenzen zwischen Limitationen methodischer Natur und jenen, die auf bisherigen Beobachtungen und Analysen basieren, oftmals fließend sind bzw. diese sich gegenseitig ergänzen und abrunden.

### 5.1.1 Vakkuri et al., (2006): *Allocation of tasks between anesthesiologists and anesthesia nurses in Finland*

Im Zusammenhang mit dieser Studie soll auf folgende Limitationen methodischer Art verwiesen werden: Es ist aus der Studie nicht ersichtlich, welche konkreten Maßnahmen hinsichtlich berufsbezogener Ethik im Vorfeld ergriffen bzw. welche Art von Genehmigungen von entsprechenden Ethikgremien- und Kommissionen eingeholt wurden. Da jene Personengruppe (etwa Patient\*innen und/oder Klient\*innen), mit welchen die in der Studie erfassten Berufsgruppen (Anästhesist\*innen und Anästhesiepflegepersonen) stets interagieren, als primär vulnerabel zu betrachten ist, ist es notwendig, jeweils den zeitgemäßen Geboten und Anforderungen der berufsbezogenen Ethik, Folge zu leisten bzw. diese lückenlos zu berücksichtigen und zu respektieren. Die Autor\*innen verzichteten des Weiteren darauf, in ihrer Studie konkrete Daten, Fakten und Informationen hinsichtlich (elektronischer) Datenerhebung/Datenauswertung (Software?) [Anm.: statistische Angaben, Zahlen und div. Werte] anzuführen. Demzufolge konnte zwar im Rahmen des Studiums der o.a. Studie auf konkrete Daten, Zahlen und statistische Daten/Fakten zurückgegriffen werden, jedoch ohne

einen konkreten Hinweis auf die Art und Weise oder Methode (etwa Modelle und Berechnungen) der elektronisch durchgeführten Datenauswertung.

### 5.1.2 Meeusen et al., (2010): *Composition of the anaesthesia team: a European survey*

Bei Meeusen et al. (2010) sei darauf verwiesen, dass konkrete Angaben und Informationen zur Methode wie beispielsweise Modelle oder Berechnungen der Datenerhebung/Datenauswertung [Anm.: Software?] nicht gesondert und detailliert angeführt wurden, somit lässt sich u.a. auch die Höhe der tatsächlichen Rücklaufquote der Fragebögen – hinsichtlich konkreter und valider Gesamtgröße der Stichprobe – lediglich eingeschränkt ermitteln, da die Autor\*innen in diesem Zusammenhang keine Gesamtzahl (n) definierten. Die vereinzelt Angaben von n-Werten als Beispiele beziehen sich im deskriptiven Teil der Studie lediglich auf einzelne Länder bzw. auf die dort tätigen Personen und Berufsgruppen, jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit alle 31 Länder betreffend. Die Zusammensetzung der Anästhesieteams in diesen ausgesuchten Ländern wird anhand absoluter Zahlen (Absolutwerte) und Tabellen zusammengefasst bzw. dargestellt: In diesen Fällen wurde die Anzahl der Beschäftigten (Statistik) in der jeweiligen Berufsgruppe [Anm.: Anzahl der Facharzt\*innen, Ausbildungsarzt\*innen und Anästhesiepflegepersonen] pro 100.000 Einwohner\*innen des jeweiligen Landes ermittelt. Auf eine weitere, für den/die Leser\*in vereinfachte, jedoch nachvollziehbare und korrekte Aufschlüsselung der einzelnen Ergebnisse (Zahlen, Werte usw.) wurde diesbezüglich verzichtet bzw. nicht näher eingegangen.



### 5.1.3 Herion et al., (2019): *Validating international CanMEDS-based standards defining education and safe practice of nurse anesthetists*

Diese Studie weist – trotz ihres Umfangs, erzielter Ergebnisse und Schlussfolgerungen – folgende methodisch-inhaltliche Limitationen zunächst hinsichtlich der Auswahl der Publikationssprachen [Anm.: ausschließlich Deutsch und Englisch] auf: Es wurde von den vier offiziellen schweizerischen Landessprachen [Anm.: Deutsch, Französisch, Italienisch und Rätoromanisch] lediglich die deutsche Sprache berücksichtigt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern dies einen evtl. limitierenden Einfluss auf die Rücklaufquote der Fragebögen bzw. auf die Präzision und Aussagekraft der, durch die Teilnehmer\*innen retournierten Antworten [Anm.: Sprachbarriere oder primäres Desinteresse der kontaktierten Personen?], gehabt haben könnte, auch wenn die Schweiz im Allgemeinen als multilinguales Land wahrgenommen wird. Hinsichtlich der Aussagen und Feststellungen der Studie wirkt ebenfalls limitierend, dass diese in der Schweiz, in einem sog. Hochentwicklungsland durchgeführt wurde, somit sind die Ergebnisse der Studie – entgegen der ursprünglichen Zielsetzung der Autor\*innen – auf die sog. »Low and middle-income countries« (LMIC) aus materiellen, infrastrukturellen soziokulturellen und personellen Gründen, nur begrenzt anwendbar oder direkt übertragbar. Des Weiteren soll nicht unerwähnt bleiben, dass die obige Studie hinsichtlich Anwendbarkeit und Übertragbarkeit selbst für den deutschen Sprachraum – etwa in konkretem Bezug auf Österreich – gegenwärtig deutliche inhaltliche Limitationen aufweist, zumal die Anästhesiepflegekräfte in Österreich sowie auch jene in der Schweiz durch ihre jeweilige Fachweiterbildung/Zusatzausbildung in der Anästhesiepflege abschließend zwar eine beinahe identische Berufsbezeichnung [Anm.: Akademische\*r Experte\*in in der Anästhesiepflege in Österreich vs. Dipl. Experte\*in in der Anästhesiepflege in der Schweiz (Ries Gieseler et al., 2015; Ries Gieseler et al., 2022)] erlangen können, dennoch sind die Curricula und Zielsetzungen dieser Fachweiterbildungen [Anm.: Studium auf der tertiären Bildungsebene in Österreich], die jeweiligen

länderspezifischen gesetzlichen Rahmenbedingungen, den berufspolitischen Konsens [Anm.: Mediziner\*innen vs. Pflegende in der spezialisierten Fachpflege für Anästhesie] und die daraus resultierenden Handlungs- und Behandlungskompetenzen sowie das gesamte Anforderungsprofil des Berufsbildes Anästhesiepflege betreffend, nur bedingt miteinander vergleichbar oder kompatibel (Ries Gieseler et al., 2015; Braun et al., 2018; Giroud, 2019; Schmutz, 2021; Schwaiger Baron & Müller, 2022; Ries Giesler et al., 2022; Weh, 2023; Schaffer, 2024).

#### 5.1.4 Jeon et al., (2020a): *Self-assessed anaesthesia nursing competence and related factors*

Gemäß Feststellung der Autor\*innen handelte es sich hierbei um die erste Studie, die sich explizit mit der Selbsteinschätzung der Fachkompetenz der Anästhesiepflegepersonen in Finnland auseinandersetzte. Demnach wurde die eigens für diese Studie entwickelte AnestComp-Skala zum ersten Mal angewandt. Aus diesem Grund sollten künftig noch weitere Folgestudien durchgeführt werden, um die Validität dieser Selbstbewertungsskala zu evaluieren bzw. diese langfristig zu sichern und stets evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Überdies könne sich u.U. auch die mangelnde Objektivität limitierend auf die Studienergebnisse auswirken, zumal die Angaben der Teilnehmer\*innen anhand ihrer eigenen Wahrnehmung und Selbsteinschätzung, somit ohne jegliche Fremdeinwirkung oder externe Überprüfung, erfolgten. Die Größe der Stichprobe – hinsichtlich Anzahl der tatsächlich retournierten Antworten – könnte zunächst auch kritisch hinterfragt werden, da aber die beiden betroffenen Universitätskrankenhäuser, die primär an dieser Querschnittstudie teilnahmen, statistisch gesehen für mindestens ein Drittel der gesamten finnischen Bevölkerung – bzgl. anästhesiologischer Versorgung – zuständig sind, kann die Größe der Stichprobe dennoch als ausreichend betrachtet werden.

### 5.1.5 Jeon et al., (2020b): *Anaesthesia nursing competence: Self-assessment of nursing students*

Im Zusammenhang mit methodischen Limitationen der obigen Studie sei auf folgende Aspekte verwiesen: Die Daten wurden anhand einer einzigen Zufallsstichprobe in Südfinnland ermittelt. Die Rücklaufquote war zunächst gering. Da die AnestComp-Skala ursprünglich für bereits berufstätige Anästhesiepflegepersonen entwickelt wurde, könnte die Beantwortung der einzelnen Fragen und Kategorien für Studierende – aufgrund ihrer noch begrenzten klinisch-praktischen Erfahrungen – ggf. auch Probleme und Schwierigkeiten in sich bergen. Die geforderte (subjektive) Selbsteinschätzung der Studierenden könnte u.U. dazu geführt haben, dass sich diese ggf. auch überschätzten. In diesem Zusammenhang sei es ratsam, sich zu überlegen, bei der Durchführung der Selbsteinschätzung der Gesamtkompetenzen mittels AnestComp-Skala ggf. auch die zuständigen Lehrenden an den Fachhochschulen sowie auch die Praxisanleiter\*innen in den div. Krankenanstalten unterstützend hinzuzuziehen.

## 5.2 Ausblick in die Praxis

Angesichts der Tatsache, dass Professionalisierungsmaßnahmen oder Veränderungen – resp. Verbesserungen innerhalb der österreichischen Pflegelandschaft, basierend auf div. Faktoren und Multiplikatoren, traditionsgemäß eher schleppend vorangehen, stellt sich hierbei die Frage, welche Professionalisierungsmaßnahmen von der Basis ausgehend auf der Mikroebene (Husi, 2017) des täglichen Handelns der Anästhesiepflegepersonen erzielt werden könnten, ehe Reformen und Veränderungen größerer Dimensionen – etwa Einführung eines eigenständigen MA-Studiums in der Anästhesiepflege »im Sinne von ‚Advanced Nursing Practice‘ (ANP) inkl. [Anm.: teilweise] Übernahme von ärztlich-heilkundlicher Tätigkeiten« (Friesacher, 2009) – umgesetzt würden.

### 5.2.1 Exkurs

Nach den vorausgegangenen Darstellungen die Anästhesiepflege und deren Entwicklungen im skandinavischen Raum betreffend – resp. Finnland sowie im deutschen Sprachraum auch der Schweiz inkl. deren Alleinstellungsmerkmalen [Anm.: »Nurse Anesthetist-System« (NA) (Meeusen et al., 2010; Herion et al., 2019; Schwaiger Baron & Müller, 2022; Weh, 2023; Schaffer, 2024)] als auch deren potenzielle Aus- und Wechselwirkungen auf die Situation und weitere Professionalisierung (Berufsstand) der Anästhesiepflege in Österreich, sollen nun exemplarisch, einzelne, weitere Länder/Regionen kurz vorgestellt werden – hinsichtlich ihres aktuellen Standes, ihrer Potenziale und Möglichkeiten der jeweils landesspezifischen Anästhesiepflege. Im Rahmen dieses Exkurses werden nun kurze Einblicke in die Anästhesiepflege in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), Ungarn und Italien – resp. Sizilien gewährt.

Die Vereinigten Staaten von Amerika (USA) zählen mit einem für 2023 prognostizierten Bruttoinlandsprodukt (BIP) von ca. 26,9 Billionen US-Dollar, global betrachtet zu den führenden Hochentwicklungsländern (Statista, 2023). Selbst wenn der US-amerikanische Sozial- und Gesundheitssektor sowie auch das dortige Bildungswesen traditionsgemäß über Züge und Merkmale verfügen, die sich mit den europäischen Gegebenheiten und Strukturen nur bedingt oder keineswegs vergleichen lassen, blicken die USA dennoch auf eine lange, historisch gewachsene, gesellschaftlich verankerte und gesetzlich vollumfänglich abgesicherte Tradition der bundesweit autonom und autark agierenden »Nurse Anesthetists« (NA) – resp. »Certified Registered Nurse Anesthetist« (CRNA) zurück (Aiglesberger, 2013; Schaffer, 2022; Schwaiger Baron & Müller, 2022; Weh, 2023; American Association of Nurse Anesthesiology, 2023; Schaffer, 2024). Die Wurzeln und die Notwendigkeit der Entstehung der autark agierenden NAs in den USA sind historisch bedingter Natur: In Zeiten von kriegerischen Auseinandersetzungen – etwa in der Zeit des Zweiten Weltkriegs – war es aus personellen Gründen notwendig, [Anm.: zunächst zumeist weibliche] Pflegepersonen in der selbständi-

gen Narkoseführung qualitativ hochwertig auszubilden (Weh, 2023). Das somit seit Jahrzehnten bestehende »Nurse Anesthetists-System« (CRNA) wird hinsichtlich Vorteile und Effizienz der erweiterten Kompetenzen [Anm.: Sicherung der Patient\*innensicherheit, fortlaufende Qualifizierung/Weiterbildung/Professionalisierung der CRNAs, ökonomische Aspekte ferner auch Mitarbeiter\*innenzufriedenheit/Mitarbeiter\*innenbindung u.v.a.m.] laufend überwacht und untersucht (Lewis et al., 2014; MacIntyre et al., 2014; Quraishi et al., 2017; Cintina et al., 2018; Schwaiger Baron & Müller, 2022; American Association of Nurse Anesthesiology, 2023; Schaffer, 2024). Neben einem evidenzbasierten und akademischen Studium in der Anästhesiepflege [Anm.: ggf. auch bis hin zum Stadium eines eigenständigen Doktoratsstudiums (PhD)] wird zusätzlich auch auf die Wahrung von Diversität sowohl unter den Studierenden als auch den Absolvent\*innen besonderes Augenmerk gelegt. Demnach werden Studierende etwa aus sozial- bzw. einkommensschwachen Gesellschaftsschichten sowie auch Personen mit Migrationshintergrund besonders gefördert, somit bleibt der Zugang zu einem angestrebten Anästhesiepflege-Studium in den USA – im Vergleich mit anderen Universitätsstudien – relativ niederschwellig (American Association of Nurse Anesthesiology, 2023; Diversity in Nurse Anesthesia – Mentorship Program, 2023; American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2023).

Auf kontroverse und rhapsodisch wechselnde Phasen der Professionalisierung, Deprofessionalisierung und späten Reprofessionalisierung kann hingegen die Anästhesiepflege in Ungarn zurückblicken. Der östliche Nachbar Österreichs von ungefähr vergleichbarer Größe die Landesfläche und die Bevölkerungszahl betreffend, jedoch lediglich mit einem BIP von 170,25 Milliarden Euro im Kalenderjahr 2022 zu den wirtschaftlich schwächeren Regionen der Europäischen Union gehörend (Statista, 2023), zeigt das Berufsbild der Anästhesiepflege bzw. deren Stand und Entwicklung betreffend unübersehbare Parallelen zu jenen in Österreich: Die ursprünglich unter indirekter ärztlicher Aufsichts- bzw. Weisungspflicht agierenden »Narkoseschwestern nach deutschem [und österreichischem] Modell« (Nolte, 2020, S. 95–118;

Schaffer, 2024) wurden ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sukzessive immer mehr zurückgedrängt. Obwohl die Grundausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in Ungarn bereits seit 1950 in staatlich bzw. gesetzlich geregelten Bahnen verlief, ließ die Etablierung einer institutionell organisierten Sonderausbildung in der Anästhesiepflege lange auf sich warten. 1950 wurden zunächst die dreijährigen medizinischen Berufsschulen für Krankenpflege lediglich mit Berufsabschluss und ohne Matura – resp. Abitur eingeführt. 1963 wurden zusätzlich auch die vierjährigen medizinischen Fachoberschulen für Krankenpflege etabliert, welche dem österreichischen HTL-Modell entsprechend, den Absolvent\*innen die kombinierte Möglichkeit boten, sowohl einen Berufsabschluss in der Krankenpflege als auch die Matura – resp. Abitur bzw. allg. Hochschulreife zu erlangen. Hinsichtlich beruflicher Qualifikation und Kompetenzen wiesen diese beiden Schultypen, welche bis zur Einführung des Bologna Prozesses in Ungarn ab 2004 (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, 2023) parallel existierten, keine Unterschiede auf: Die Absolvent\*innen [Anm.: Staatlich examinierte Krankenpfleger\*innen] verfügten über dieselben beruflichen Kompetenzen mit Ausnahme der Hochschulreife, worüber die Absolvent\*innen der dreijährigen Berufsschule, im Gegensatz zu den Absolvent\*innen der Fachoberschulen, nicht verfügten (Oláh et al., 2004). Erst ab 1970 wurde auf staatlicher Ebene eine zentrale Weiterbildungsanstalt (mit zunächst noch unklarem, diffusem, dennoch »hochschulähnlichem Charakter«) installiert, an welcher die Auszubildenden nach und nach immer mehr spezielle Fachweiterbildungen – etwa Anästhesiepflege – absolvieren konnten (Oláh et al., 2004). 1989 wurde an der damaligen Hochschule für Medizinische- und Gesundheitsberufe Budapest [Anm.: ursprüngliches Studienangebot der besagten Bildungseinrichtung: Fürsorger\*innenwesen – entspricht in etwa dem gegenwärtigen, internationalen Berufsbild eines/einer Community Nurse – resp. »Advanced Nursing Counseling« (FH Campus Wien, 2023), Diätologie und Ernährungswissenschaften, Physiotherapie, Ergotherapie sowie auch duales, akademisches Studium für autark agierende Notfallsanitäter\*innen usw.] das eigenständige Studium der Gesundheits-

und Krankenpflege implementiert. Das Angebot des eigenständigen Krankenpflegestudiums wurde ab 1993 über weitere ungarische Städte (Debrecen, Pécs und Szeged) ausgeweitet (Oláh et al., 2004). Die Absolvent\*innen erlangten nach dem erfolgreich absolvierten Staatsexamen den Berufstitel: »Diplomierte(r) Krankenpfleger\*in« [Anm.: ung. Diplomás ápoló]. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass die Bezeichnung »Diplom« im ungarischen Sprachgebrauch stets und ausnahmslos einen akademischen Grad bzw. Abschluss voraussetzt (Oláh et al., 2004). Demzufolge war der besagte Hochschulabschluss mit dem früheren österreichischen akademischen Grad eines Magisters bzw. einer Magistra gleichzusetzen. Die Absolvent\*innen des o.a. Hochschulstudiums verfügten über gesetzlich gesicherte erweiterte Pflege- und Behandlungskompetenzen, auch wenn diese damals noch nicht – gemäß gegenwärtiger und internationaler Terminologie – als »Advanced Nursing Practice« (ANP) (Friesacher, 2009) bezeichnet worden waren.

Im Zuge des nächsten Professionalisierungsschubs inkl. Akademisierungswelle wurden 2000 die Rahmenbedingungen geschaffen, Gesundheits- und Krankenpflege an sämtlichen medizinischen Universitäten Ungarns (Budapest, Debrecen, Pécs und Szeged) zu studieren (Oláh et al., 2004). Die Anästhesiepflegekräfte hatten zunächst die Möglichkeit, eine einjährige Sonderausbildung zu absolvieren (Oláh et al., 2004) und verfügten danach über ungefähr dieselben Fachkompetenzen und rechtlichen Rahmenbedingungen wie die sog. »Anaesthetic Nurses« in Europa – resp. »Circulation nurses« nach Meeusen et al. (2010). Die Anästhesiepflegepersonen in Ungarn arbeiteten ab dann zwar den Mediziner\*innen gegenüber stets weisungsgebunden, dennoch konnte der Berufsalltag – angesichts der stetig wachsenden Anforderungen an die Anästhesiepflege und des ebenfalls allgegenwärtigen Fachkräftemangels in den Reihen der Anästhest\*innen – eine andere Praxis, Realität und Anforderungen an den Tag legen, zumal die Anästhesist\*innen laufend sog. Parallelnarkosen zu betreuen hatten und die Anästhesiepflegekräfte oftmals zu zweit für den jeweiligen, kompletten Narkoseverlauf zuständig waren. Der/die

zuständige Anästhesist\*in war lediglich bei kritischen Manövern (Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Narkoseausleitung usw.) und Interventionen direkt oder indirekt anwesend. In späterer Folge und im Rahmen des Bologna-Prozesses wurde zunächst an der Semmelweis Medizinischen Universität zu Budapest (2017), später aber auch an anderen medizinischen Universitäten landesweit, die neue Fachweiterbildung (Studium) in der Anästhesiepflege eingeführt (Semmelweis Egyetem: Beschreibung des Studiengangs Anästhesiepflege – in Ungarisch, 2017; eduline [HVG Kiadó Zrt.], 2017). Die Weichen für die Umstellung vom bisherigen »Anaesthetic Nurse« – resp. »Circulation Nurse« – Modell nach Meeusen et al. (2010) auf das künftige Berufsbild der »Nurse Anesthetists« (NA) in Ungarn – gemäß dem Anforderungsprofil und Berufsbild der skandinavischen Länder, der Schweiz sowie der USA (Schwaiger Baron & Müller, 2022; Weh, 2023; Schaffer, 2024) wurden somit gestellt (EMMI, 2016; Semmelweis University Budapest [Anm.: Nursing MSc], 2023).

Das neue Studium in »Advanced Nursing Practice« (ANP) (Friesacher, 2009) mit dem Schwerpunkt Anästhesiepflege stieß bis dato seitens der ungarischen Anästhesist\*innen jedoch auf eine kontroverse bis deutlich ablehnende Haltung und Resonanz (Joób, 2017; Joób, 2018). Da der besagte Diskurs zwischen den Vertreter\*innen der Mediziner\*innen und den Pflegenden – trotz des staatlich bzw. gesetzlich seit 2017 geregelten, universitären Studiums in der Anästhesiepflege auf MA-Niveau inkl. erweiterten Fachkompetenzen (Semmelweis University Budapest [Anm.: Nursing MSc], 2023) noch immer emotionsgeladen diskutiert wird (Halász, 2023), bleibt vorerst abzuwarten, welche konkreten weiteren Schritte und Entwicklungen die fortlaufende Professionalisierung oder aber etwaige sukzessive, retrograde Deprofessionalisierung – resp. Restaurierung der ungarischen Anästhesiepflege betreffend, in Zukunft zu erwarten sind.

Aus gesamteuropäischer Sicht bietet die Anästhesiepflege in Italien – trotz laufender Professionalisierungs- und Akademisierungsmaßnahmen – ebenfalls ein heterogenes und diffuses Erscheinungsbild. Italien, »die drittgrößte Volkswirtschaft der Europäischen Union – nach dem



Brexit« sowie »die achtgrößte Volkswirtschaft der Welt« (Statista, 2023) mit einem für 2023 prognostiziertem BIP von 2,19 Billionen US-Dollar, gilt aber mit dem »reichen Norden vs. armen Süden« (Čede & Lieb, 2015) als »Sorgenkind der Europäischen Union« (Statista, 2023). Die jeweils aktuellen Wirtschaftsdaten und Zahlen widerspiegeln sich stets auch im Sektor des Gesundheits- und Sozialwesens. Wie Meeusen et al. bereits 2017 in ihren Erhebungen und Klassifizierungen bezüglich der Anästhesiepflege Landschaft Europas beschrieben, waren zum damaligen Zeitpunkt in Italien – der Mehrheit der europäischen Länder folgend – weisungsgebundene »Anaesthetic Nurses« – resp. »Circulation nurses«, tätig. Die korrekte und vollständige italienische Berufsbezeichnung lautet »Infermiera/e di Anestesia e Rianimazione«, wodurch in dieser länderspezifischen Terminisierung die besondere Fachkompetenz der Anästhesiepflegepersonen im Bereich Notfall- und Erstversorgung sowie im Rahmen einer kardiopulmonalen Reanimation (CPR) besonders hervorgehoben wird (Torri & Moizo, 2022; Sass et al., 2023). Nach den Ausführungen von Schwaiger Baron & Müller (2022) verfügten die italienischen Anästhesiepflegekräfte ursprünglich über keine eigene Sonder- bzw. Fachweiterbildung (Studium), sondern wurden lediglich im Rahmen ihrer Berufstätigkeit, krankenhausintern [?] aus- bzw. weitergebildet – eine Behauptung, welche sich anhand des Studiums der aktuellen MA-Studienangebote und Curricula der diversen italienischen Universitäten bzw. zumeist deren medizinischer Fakultäten (Ancona, Catania, Mailand, Rom u.v.a.m.) gegenwärtig nun konkret widerlegen lässt (Università Politecnica delle Marche, Ancona, 2023; Università di Catania, 2023; Università degli Studi di Milano-Bicocca, 2023; Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, 2023). Welche Ausbildungsmöglichkeiten und Kompetenzen sich Anästhesiepflegepersonen im Süden Italiens – resp. auf Sizilien, aktuell aneignen bzw. erlangen können, lässt sich anhand des detailliert beschriebenen Studienangebots (Curriculum) der Universität Catania überprüfen (Nursing in Anestesia – Master Universitario di I livello in »Nursing in Anestesia« – Bando. Università di Catania, 2023). Im sozialen Brennpunkt Süditaliens bzw. Europas – geprägt von multiplen Faktoren wie beispielsweise

permanent schwacher, lokaler Gesamtwirtschaftsleistung (BIP) (Čede & Lieb, 2015) sowie den laufenden Herausforderungen der globalen Flüchtlingskrise seit 2015 bis laufend [Anm.: Themenschwerpunkt (Tagesschau, ARD, 2023)] – werden die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen dennoch spätestens seit der Einführung des Bologna Prozesses auf universitärem Niveau ausgebildet. Dies gilt überdies auch für die Fachweiterbildungen. Im Fall der Anästhesiepflege besteht die Möglichkeit, u.a. an der Universität zu Catania ein eigenständiges MA-Studium zu absolvieren, dessen Curriculum und Anforderungsprofil (Universität Catania, 2023) beinahe identische Inhalte (Unterrichtsfächer, Schwerpunkte, Berufspraktika sowie Anzahl der zu erreichenden ECTS) enthält wie etwa jenes der FH Gesundheitsberufe OÖ (2023). Anhand Überprüfung bestimmter Publikationen (einschlägige Fachliteratur, Lehrbücher und Skripten mit den Themenschwerpunkten: Anästhesiepflege im Allgemeinen, Kompetenz und Durchführung von pflegetherapeutischen Interventionen und biomedizinische Gerätelehre) lässt sich ebenfalls feststellen, dass die Anforderungen an den Wissens- und Kenntnisstand der italienischen (sizilianischen) Anästhesiepflegepersonen gegenwärtig ein ähnliches Profil zeigen wie jene in Österreich oder Deutschland (Giusti & Benetton, 2015; Torri & Moizo, 2022; Sass et al., 2023; FH Gesundheitsberufe OÖ, 2023). In welchem tatsächlichen Spektrum und Radius die Anästhesiepflegepersonen in Sizilien tätig sind, wollte der Verfasser im Sommer 2023 – im Rahmen eines geplanten Berufspraktikums – am Universitätskrankenhaus Catania (Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico »G. Rodolico – San Marco« – Catania, 2023) selbst beobachten und erfahren. Aus organisatorisch-administrativen Gründen seitens des Universitätskrankenhauses Catania konnte aber das angestrebte Praktikum letztlich nicht realisiert werden. Basierend jedoch auf der gegenwärtig vorhandenen Literaturlage (Giusti & Benetton, 2015; Torri & Moizo, 2022; Sass et al., 2023) lässt sich subsumierend festhalten, dass die Anästhesiepflegekräfte auf Sizilien – nach Absolvierung des entsprechenden MA-Studiums (Universität Catania, 2023) – ihre Berufstätigkeit gemäß den europäischen Standards und dem Berufsbild der weisungsgebun-

denen »Anaesthetic Nurses« – resp. »Circulation Nurses« (Meeusen et al., 2010), ausüben können.

### 5.2.2 Allgemein

Mangels eines eigenständigen dualen MA-Studiums in der Anästhesiepflege, dennoch die Möglichkeiten und Reichweite des gegenwärtigen Hochschullehrgangs in der Anästhesiepflege (FH Gesundheitsberufe OÖ, 2023; Abschnitt 5., § 68, GuKG, 2023; Weh, 2023) berücksichtigend, sollen nun zusammenfassend jene Optionen kurz ausgelotet werden, die ggf. dazu beitragen könnten, den beruflichen Horizont des/der Einzelnen im beruflichen Alltag gesetzeskonform zu erweitern.

Der überwiegende Anteil der in Österreich tätigen Anästhesiepflegepersonen [Anm.: gemäß Anforderungsprofil von »Anaesthetic Nurses« – resp. »Circulation Nurses« (Meeusen et al., 2010)] ist in der intra- und unmittelbar postoperativen Versorgung (AWR/AWH), somit in der sog. Mikroebene der Professionalisierung (Husi, 2017) anzutreffen. Während der Covid-19-(SARS-CoV-2)-Pandemie wurden aber vielerorts die Anästhesiepflegekräfte mit oder ohne vorausgegangener entsprechender Fachweiterbildung oder Erfahrung in der Intensivpflege, plötzlich auf ad hoc installierten Intensivstationen mit Covid-19-(SARS-CoV-2)-Schwerpunkt eingesetzt. Die auf diese Art und Weise geschaffene Organisationseinheit von Anästhesie- und Intensivpflege (Liersch et al., 2017) inkl. Rotationsprinzip (Jordan et al., 2012; Hiedl et al., 2016) zählt in bestimmten Regionen (etwa in einigen deutschen Bundesländern) auch ohne die obige Covid-19-(SARS-CoV-2)-Thematik zur täglich gelebten Berufspraxis. Dass das Prinzip der Jobrotation in der Anästhesiepflege insgesamt mit positiven Nebeneffekten und Begleiterscheinungen behaftet ist, ist hinlänglich bekannt und durch Studien belegt (Jordan et al., 2012). Die Organisationseinheit Anästhesie – und Intensivpflege (Liersch et al., 2017) sei nach Meinung und persönlichen Erfahrungen des Verfassers hingegen kritisch zu hinterfragen, zumal zahlreiche Anästhesiepflegepersonen zuvor selbst im Bereich

Intensivpflege tätig gewesen waren und anschließend durchaus bewusst und v.a. absichtlich zur Anästhesiepflege wechselten.

»Patientenversorgung in der Anästhesie: Hohes medizinisches und pflegerisches Fachwissen, perfekter Umgang mit den technisch komplexen Geräten, dazu eine sichere und effektive Kommunikation mit den Anästhesisten – die Anforderungen an Anästhesiepflegefachkräfte sind vielfältig und hoch. Immer im Blick: die Sicherheit und das Wohlbefinden des Patienten.« (Hiedl et al., 2016)

Aus diesem Grund, zumal der Einsatz im Bereich der Intensivpflege nicht für jede Anästhesiepflegekraft eine Alternative zwecks Horizontenerweiterung und hausinterner Weiterbildung darstellt, sollten Überlegungen angestellt werden, welche Art gesetzeskonforme (Abschnitt 5., § 68, GuKG, 2023; Weh, 2023) zusätzliche Einsatzgebiete für Akademische Expert\*innen es in der Anästhesiepflege auch außerhalb des intraoperativen Settings gäbe. »Von der Prämedikationsvisite bis zum Aufwachraum« (Hiedl et al., 2016) bietet ein breites Spektrum an Möglichkeiten. Neben diesen Betätigungsfeldern sei u.a. auch auf die Mitwirkung im sog. Schmerzdienst als »Pain Nurse« (Wuschke, 2019) verwiesen.

Am Stammhaus des Verfassers, einem Wiener Ordensspital mit folgendem operativ-anästhesiologischen Spektrum: Allgemein- und Viszeralchirurgie, Orthopädie, Neurochirurgie – resp. Wirbelsäulenchirurgie, Augenheilkunde und fallweise auch Urologie, werden die Anästhesiepflegekräfte – gemäß den aktuellen Möglichkeiten und gesetzlichen Rahmenbedingungen, die das Berufsbild eines/r Akademischen Experten/Expertin in der Anästhesiepflege gegenwärtig bietet, neben ihrer Kernkompetenz in der intra- und unmittelbar postoperativen Pflege, u.a. auch bei Analgosedierungen außerhalb des operativen Settings eingesetzt. In diesem Fall wirkt die Anästhesiepflege stets unter ärztlicher Aufsicht bei invasiven kardiologisch-diagnostischen Maßnahmen und Interventionen wie Kardioversionen, Implantationen von Loop-Recordern, transösophageale Echokardiographie sowie endoskopische Untersuchungen jeglicher Art am hauseigenen, interdisziplinären Endoskopiezentrum mit. Künftig sei überdies angedacht, die Anästhesiepflege

ge auch im hauseigenen Schmerzdienst als »Pain Nurses« (Wuschke, 2019) inkl. entsprechender Fortbildung »Schmerzmanagement gemäß § 63 GuKG« (2023) zu integrieren. Aufgrund der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten in der Anästhesiepflege, wird ermöglicht, nicht nur den beruflichen Horizont der Anästhesiepflegekräfte laufend hausintern zu erweitern, sondern durch verschiedene Dienstzeiten und individuelle Beschäftigungsformen auch die Mitarbeiter\*innenzufriedenheit zu fördern.

Parallel zur Berufspraxis auf der Mikroebene (Husi, 2017), im multiprofessionellen Team einer jeden Operationseinheit, sollte künftig auch die Forschungstätigkeit auf der fachspezifischen universitären Ebene [Anm.: Mesoebene nach Husi, 2017] ebenfalls gestärkt werden, zumal die aktuelle, deutschsprachige Forschungslandschaft – samt einer lediglich fragmentarisch vorhandenen und unzureichenden deutschsprachigen Terminologie –, einen erheblichen Nachholbedarf und somit auch entsprechende Forschungslücken unterschiedlichen Ausmaßes aufweist. Selbst im Zeitalter der Globalisierung und Digitalisierung sollte der deutschsprachige Raum endlich den Anspruch erheben, sich hinsichtlich einer eigenen und für jede(n) einzelne(n) Beschäftigte(n) im Gesundheitssektor hierzulande verständlichen Fachsprache, zu emanzipieren und weiterzuentwickeln, ein Aspekt, der bis dato deutlich vernachlässigt wurde. Dieser Wunsch sollte keineswegs eine regressiv und retrograd wirkende Entkopplung und Abgrenzung von den gegenwärtig überwiegend bzw. beinahe ausschließlich auf Englisch publizierten Forschungsarbeiten/Ergebnissen darstellen, sondern vielmehr eine rationale und notwendige Ergänzung derer – im Sinne der besseren Erreichbarkeit, Treffsicherheit und Akzeptanz seitens der hiesig betroffenen Pflegekräfte.

Neben dem künftigen Forcieren von fachspezifischen, deutschsprachigen Publikationen aus dem Bereich Pflegeforschung mit dem Schwerpunkt Anästhesiepflege sollte auch die Bedeutung von laufenden, regelmäßig wiederholt durchgeführten und evidenzbasierten Qualitätskontrollen – hinsichtlich Erhebung des jeweiligen Ist-Zustands, der Selbst- und Gesamtkompetenz und ggf. auch des Nachhol- bzw.

Nachbesserungsbedarfs im Bereich der Anästhesiepflege – gestärkt werden. In dieser Konstellation könnte überdies auch die Zusammenarbeit zwischen der Mikroebene und der Mesoebene (Husi, 2017) intensiviert und gezielt gefördert werden. Zur Überprüfung der Gesamtkompetenzen und der Qualität der österreichischen Anästhesiepflege [Anm.: Berufstätige, aber auch Studierende (Schlick, 2021)] könnten – nach entsprechender gesetzeskonformer länderspezifischer Adaptierung – bereits erprobte, evidenzbasierte und internationale Bewertungsinstrumente wie beispielsweise CanMEDS-Standards (Herion et al., 2019) oder die Selbstbewertungskala AnestComp (Jeon et al., 2020a sowie Jeon et al., 2020b) angewandt werden.

In einem Beitrag beim Anästhesie Symposium Vöcklabruck vom 06. Oktober 2023 hielt Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Birgit Weh zum Thema Möglichkeiten und Grenzen der laufenden und künftig erwünschten, weiteren Professionalisierungsmaßnahmen der österreichischen Anästhesiepflege subsumierend fest, dass die Möglichkeiten der aktuellen bzw. zeitnahen Änderungen und Verbesserungen nach wie vor komplett offen seien (Weh, 2023).

Nach einer kurzen Darstellung des international heterogenen Berufs- und Erscheinungsbildes der Anästhesiepflege [Anm.: verschiedene Länder, verschiedene Berufsbilder, Kompetenzen, Anforderungsprofile, Ausbildungsstrategien/Studien, Möglichkeiten und Rechte u.v.a.m.] wurden durch Weh u.a. auch neuere (deutsche) Berufsbilder im intra- bzw. perioperativen Setting unter die Lupe genommen, wie beispielsweise die »Operationstechnische Assistenz« (OTA) und »Anästhesietechnische Assistenz« (ATA). Beide Berufe werden lediglich auf der Sekundarebene, somit ohne zwingende Hochschulreife oder vorausgegangene Pflegeausbildung/Kompetenz ausgebildet (Weh, 2023). Die Auswirkung dieser neueren Berufsbilder sei von den derzeit aktuellen Entwicklungen innerhalb der österreichischen Pflegelandschaft nicht mehr zu entkoppeln oder wegzudenken. In diesem Zusammenhang wurde zusätzlich auf die jeweiligen Ausbildungssysteme sowie auch auf die jeweilige Gesetzesgrundlage eingegangen bzw. diese hinsichtlich Gemeinsamkeiten, aber auch deutlicher Unterschiede, miteinander ver-

glichen. Der von Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) bereits 2019 erarbeitete »Vorschlag zum [Anm.: künftigen] Qualifikationsprofil Anästhesiepflege« (»Verteilung: 60% Theorie, 40% Praxis sowie ein Aufbau nach Säulen des professionellen Handelns: Grundhaltungen der professionellen Pflege; Bereitstellung von Pflege und Prozessgestaltung inkl. Kernaufgaben der Pflege, Organisation und Koordination; Entwicklung und Sicherung von Qualität«) (Weh, 2023), führte bedauerlicherweise unter den involvierten Interessensvertretungen, Expert\*innen und Vertreter\*innen der Politik umgehend zum Dissens, welcher bis dato besteht. Somit kam es zu einem Stillstand bzw. einer Pattsituation die notwendigen weiteren und zeitgemäßen Professionalisierungsmaßnahmen der hiesigen Anästhesiepflege betreffend, wodurch ein prolongiertes, berufspolitisches Vakuum erzielt wurde (Weh, 2023). Im Zentrum der obigen scheinbar unlösbaren Meinungsverschiedenheiten stehen nach Wehs aktuellen Ausführungen u.a. folgende Tätigkeiten und Kompetenzen der Anästhesiepflege wie beispielsweise [selbständiges] »Legen arterieller Zugänge [Anm.: Arteria radialis] – nach ärztlicher Anordnung«; [selbständige] »Sicherung der Atemwege – nach ärztlicher Anordnung«; [selbständige] »Narkoseführung [Überwachung] bei Patient\*innen mit einer ASA I und ASA II Risikoklassifizierung – nach ärztlicher Anordnung« [ärztliche Aufsicht?]; [selbständige] »Durchführung unmittelbarer postoperativer Extubation – nach ärztlicher Anordnung« (Weh, 2023). Analog zu diesen berufspraktisch relevanten Inhalten und Maßnahmen scheint überdies auch die zwingend notwendige, nachhaltige und überfällige (Aus-)Bildungsreform [Anm.: Verbesserung und Aufwertung der Fachweiterbildung in der Anästhesiepflege auf international vergleichbarem und wettbewerbsfähigem MA-Niveau] ins Stocken geraten bzw. gezielt blockiert [?] worden zu sein. In dieser Hinsicht könnten künftig entweder drastisch reduzierte, somit erneut deprofessionalisierend wirkende und das Berufsbild der österreichischen Anästhesiepflege deutlich degradierende, international keinesfalls als zeitgemäß wettbewerbsfähig anzusehende, [fragmentarische] Weiterbildungsmodelle mit lediglich 30 ECTS-Leistungen oder im Gegensatz dazu, sogar erweiterte Fachweiterbildungsmodelle

inkl. 90 ECTS-Punkten auf die nachkommenden Generationen in der Anästhesiepflege zukommen. Mit einer ehestmöglichen Entscheidung sei dennoch nicht zu rechnen (Weh, 2023). Dass die Umsetzung der dringend notwendigen Verbesserungs- und Professionalisierungsmaßnahmen in der österreichischen Anästhesiepflege zunächst aufgrund der Covid-19-(SARS-CoV-2)-Pandemie komplett an den Rand gedrängt worden bzw. dann erneut »in Vergessenheit geraten ist«, ließe sich aus heutiger Sicht nur noch bedingt argumentieren. Die Tatsache, dass die involvierten Gremien scheinbar erst die flächendeckende Einführung und anschließende erste evidenzbasierte Evaluierung [Anm.: wahrscheinlich erst nach 2026] der neuen peri- bzw. intraoperativen Berufsgruppen in Österreich [Anm.: OTA und ATA] abzuwarten beabsichtigen, um erst danach dann über die weiteren Entwicklungs- bzw. ggf. auch Rückentwicklungsschritte die Anästhesiepflege betreffend, zu beraten (Weh, 2023), erscheint dem Verfasser – aus Sicht eines praktizierenden Anästhesiepflegers – als nicht nachvollziehbar und inakzeptabel.

An dieser Stelle sei zusätzlich auch auf jene Tatsache und weiteren möglichen Verzögerungsgrund bundespolitischen Ursprungs verwiesen, dass gemäß Artikel 27 des Bundes-Verfassungsgesetzes (Parlament Österreich, 2023) spätestens im Herbst 2024 Parlamentswahlen – resp. Nationalratswahlen in Österreich stattfinden werden. Dieses weitere, bewusste Hinauszögern der politischen Entscheidungsträger\*innen im Vorfeld zu den Parlamentswahlen, bzw. das Desinteresse, die Mutlosigkeit und die Entscheidungsträgheit der involvierten politischen Gremien und Behörden wird somit traditionell bekräftigt prolongiert bzw. einmal mehr legitimiert.

Angesichts des eklatanten und langfristigen Fachkräftemangels [Anm.: »Wie krank ist das Gesundheitssystem?« – aktueller Themenschwerpunkt (ORF, Herbst 2023)] auch in den Spezialisierungsfächern des Gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege, trüge eine derartig drohende, erneute Deprofessionalisierung und Degradierung durch eine etwaige, drastisch verkürzte Fachweiterbildung [Anm.: lediglich 30 ECTS (Weh, 2023)] der Anästhesiepflege dazu bei, dass



die Qualifikation und der Wirkungsradius der hiesigen Fachpflegepersonen weitere Einbußen ungeahnten Ausmaßes hinnehmen müssten. Dieser deutliche Rückschritt könnte gegenwärtig keineswegs evidenzbasiert argumentiert, gerechtfertigt oder überhaupt noch als zeitgemäß betrachtet werden, deshalb sind diese Tendenzen entschieden abzulehnen.

Das erzeugte Vakuum und der prolongierte Stillstand hinsichtlich stetig versäumter und blockierter Verbesserungen, weitreichender Professionalisierungsmaßnahmen sowie auch die erneut reelle Gefahr einer etwaigen und irreversiblen Deprofessionalisierung und Degradierung der Anästhesiepflege können weder zur Steigerung der Patient\*in-sensicherheit noch der Gesamtqualität, internationaler Wettbewerbsfähigkeit und Mobilität der hiesigen Patient\*innenversorgung durch die Anästhesiepflegepersonen positiv beitragen. Das tatsächliche Potenzial und die enorme Breite des Wirkungsspektrums der in Österreich tätigen Anästhesiepflegepersonen würden somit vollumfänglich ignoriert und missachtet. Diese Tendenzen, Entwicklungen und die permanente Unsicherheit hinsichtlich künftig fraglicher Daseinsberechtigung einer gesamten Berufsgruppe, seien überdies auch als äußerst bedenklich anzusehen bzw. im Sinne der Qualität und Attraktivität des gesamten Berufsbildes, der Mitarbeiter\*innenzufriedenheit und Mitarbeiter\*innenbindung kritisch zu hinterfragen. Diese Prozesse könnten – angesichts des allgegenwärtigen Fachkräftemangels – u.U. unweigerlich dazu führen, dass nachkommenden Generationen im Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege – aufgrund permanenter Unsicherheiten und behördlich verordneter Deprofessionalisierungsmaßnahmen – eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte und international wettbewerbsfähige Aus- und Weiterbildungs- sowie auch div. Aufstiegsmöglichkeiten – bewusst und systematisch verwehrt werden würden.

Eine angestrebte Laufbahn in der österreichischen Anästhesiepflege würde sich – im Gegensatz zu diametral entgegengesetzten, globalen Tendenzen und Entwicklungen – für den/die Betroffene(n) somit als Sackgasse erweisen bzw. ad absurdum führen.

Abschließend möchte der Verfasser reflektierend festhalten, dass er während seiner beinahe 30 Jahre währenden Berufstätigkeit in der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege, immer wieder erlebt hat, dass die Anästhesiepflege phasenweise um ihre blanke Daseinsberechtigung kämpfen musste und demzufolge von den zuständigen Vertreter\*innen der jeweiligen Gesundheits- und Bildungspolitik, Gesetzgebung sowie den unterschiedlichen Berufsverbänden (etwa ÖGARI) äußerst restriktiv behandelt worden ist: Während die Zusammenarbeit zwischen involvierter Ärzteschaft und den jeweiligen Vertreter\*innen der Fachpflege im Berufsalltag – nach bisherigen Beobachtungen und Erfahrungen des Verfassers – zumeist als professionell, produktiv und konsensual symbiotisch zu beschreiben ist, zeigt das Thema Anästhesiepflege bzw. die Situation und etwaige Verbesserungen zugunsten der Anästhesiepflege eine komplett konträre und für die Anästhesiepflegepersonen nicht mehr nachvollziehbare oder langfristig tolerierbare Betrachtungsweise und Eigendynamik auf, sobald dies auf den Verhandlungstischen div. Gremien landet.

Das schleppende Tempo und die Ineffizienz der überfälligen Reformen, der prinzipielle Unwille der (Berufs- und Bildungs-)Politik, der offizielle Umgang und der seit Jahrzehnten vorherrschende Ton Pflegenden bzw. Pflegeberufen gegenüber – trotz des allgegenwärtigen Fachkräftemangels – weist in Österreich nach wie vor zahlreiche festgefahrene, veraltete Muster, scheinbar unüberwindbare und steile vertikale Hierarchien sowie auch eine insgesamt geringe berufspolitische und gesellschaftliche Wertschätzung auf. Aus diesem Grund rechnet der Verfasser bedauerlicherweise nicht mehr damit, während seiner restlichen aktiven Laufbahn als DGKP, ernsthafte, evidenzbasierte, zukunftsweisende Veränderungen und v.a. Verbesserungen finnischen Ausmaßes [Anm.: siehe verwendete Studien mit dem Schwerpunkt Finnland] zugunsten der hiesigen Anästhesiepflege erleben zu dürfen.

Auch wenn dies aus heutiger Sicht bedauerlicherweise naiv und utopisch klingen mag, bleibt dem Verfasser, gemäß seinem anderen Beruf als Opernregisseur/Gesangsforscher nichts anderes übrig, als, den deutschen Komponisten und revolutionären Gründungsvater des deut-

schen Musiktheaters, Richard Wagner zitierend, den nachkommenden und jüngeren Generationen in der österreichischen Anästhesiepflege, folgendes zu wünschen:

»Kinder, schafft Neues!« (Wagner, 1852)

Neues zu schaffen, sich vorwärtsdrängend und permanent weiterzuentwickeln, nicht nur adäquate Arbeits-, sondern zugleich auch verbesserte und internationalen Standards entsprechende Ausbildungsmodelle – etwa duales MA-Studium inkl. gesetzlich gesicherten, erweiterten Kompetenzen – einzufordern, auch wenn dies immer wieder auf nicht nachvollziehbaren Widerstand, Ablehnung und Desinteresse seitens der Politik und/oder bestimmter Gremien stoßen wird, wird auch den nachkommenden Generationen in der österreichischen Anästhesiepflege nicht erspart bleiben.

Anästhesiepflege – dieser facettenreiche, vielseitige, wandlungs- und anpassungsfähige, sich stets neu erfindende, aber auch oft verkannte und missverstandene »Paradiesvogel« innerhalb der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege – kann wirklich viel bewirken, wie dies sowohl in der täglichen Berufspraxis immer wieder aufs Neue unter Beweis gestellt als auch laufend durch internationale und evidenzbasierte Studienergebnisse bestätigt wird.

