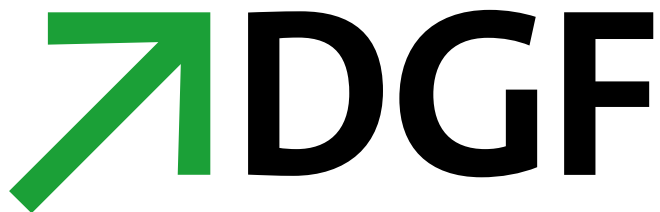




# SCOPE OF PRACTICE

für Pflegefachpersonen  
mit 2-jähriger Fachweiterbildung  
(am Beispiel Intensivpflege)



Deutsche Gesellschaft für  
Fachkrankenpflege und  
Funktionsdienste e.V.

Empfehlungen der DGF e.V.

Projektgruppe Pflegewissenschaft / Vorstand DGF



## SCOPE OF PRACTICE

für Pflegefachpersonen

mit 2-jähriger Fachweiterbildung

(am Beispiel Intensivpflege)

Empfehlungen der DGF e.V.

Projektgruppe Pflegewissenschaft / Vorstand DGF

**Autor: innen**

Christa Keienburg  
Katrin Blanck-Köster  
Sabrina Pelz  
Michaela Denhof  
Jessica Kilian  
Oliver Coolens  
Arnold Kaltwasser

Maria Kortgen  
Dominik Zergiebel  
Steffen Brodowski  
Anke Huth  
Tobias Becker



(Stand 21.05.2026)

DOI 10.5281/zenodo.21073753

## Inhalt

1. Zusammenfassung .....	4
2. Hintergrund .....	5
3. Methodik .....	6
4. Grundlagen und Definition eines Scope of Nursing Practice in Orientierung an das Positionspapier des ICN .....	6
4.1 Rahmenvorgabe Scope of Practice .....	8
4.2 Heilkundliche Aufgaben und Vorbehaltsaufgaben .....	8
5. Zweck eines Scope of Practice in der Intensivpflege .....	9
5.1 Handlungsfeld Intensivpflege .....	10
5.1.1 Definition Intensivpflege .....	11
5.1.2 Akute und kritisch kranke Patient:innen .....	11
5.2 AACN-Synergie-Model .....	12
5.3 Klinisches Assessment als Kernkompetenz im Scope of Practice .....	14
5.4 Formale Qualifikation, nationale Fachweiterbildung (mit und ohne Akademisierung) .....	15
5.5 Rechtliche Verankerung des Scope of Practice in der Intensivpflege .....	16
5.6 (Erweiterte) Kompetenzen und Verantwortungsbereiche gegenüber der 3-jährigen Ausbildung .....	18
5.7 Ethik-Kodex (DGF) .....	24
6. Systematisierung .....	25
6.1 Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit .....	25
6.2 Skill- und Grade-Mix auf Intensivstationen in Deutschland .....	25
6.3 Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Intensivpflege .....	27
6.3.1 Intraprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Pflege .....	27
6.3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit .....	27
6.4 Bedeutung für Qualität und Patient:innensicherheit .....	28
7. Theoretische Fundierung des Scope of Practice als Professionalisierungsinstrument .....	28
8. Anhang .....	31
9. Literaturverzeichnis .....	32
10. Abkürzungsverzeichnis .....	37
11. Abbildungsverzeichnis .....	38
12. Tabellenverzeichnis .....	38

## 1. Zusammenfassung

Der Beitrag entwickelt einen Scope of Practice für Pflegefachpersonen mit zweijähriger Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege. Ausgangspunkt ist die bislang unzureichende Abgrenzung von Qualifikationen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in der spezialisierten Pflege in Deutschland. Auf Basis einer narrativ-synthetischen Literaturaufarbeitung, rechtlicher Rahmenbedingungen und fachgesellschaftlicher Empfehlungen werden Handlungsfelder, Rollenprofile und Kompetenzstufen beschrieben. Der Scope of Practice wird als dynamisches Professionalisierungsinstrument verstanden, das pflegerische Autonomie, Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität stärkt. Das AACN-Synergy-Model dient als theoretischer Bezugsrahmen, um Patient:innenmerkmale, pflegerische Kompetenzen und Versorgungserfordernisse systematisch aufeinander zu beziehen. Besondere Bedeutung erhalten klinisches Assessment, Clinical Reasoning, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie ein qualifikationsorientierter Skill- und Grade-Mix. Die Empfehlungen verdeutlichen, dass fachweitergebildete Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle in der Steuerung komplexer intensivpflegerischer Prozesse übernehmen. Ein klar definierter Scope of Practice schafft Transparenz, Rechtssicherheit und eine Grundlage für zukünftige Bildungs-, Personal- und Versorgungsstrukturen in der Intensivpflege.

### Abstract

This article develops a scope of practice for nurses with a two-year specialist qualification, using intensive care nursing as an example. It addresses the insufficient differentiation of qualifications, competencies and responsibilities in specialised nursing practice in Germany. Based on a narrative-synthetic literature review, legal frameworks and professional recommendations, the paper describes fields of practice, role profiles and levels of competence. The scope of practice is understood as a dynamic instrument of professionalisation that strengthens nursing autonomy, patient safety and quality of care. The AACN Synergy Model provides the theoretical framework for systematically linking patient characteristics, nursing competencies and care requirements. Particular emphasis is placed on clinical assessment, clinical reasoning, interprofessional collaboration and a qualification-oriented skill and grade mix. The recommendations show that specialist intensive care nurses play a central role in managing complex intensive care processes. A clearly defined scope of practice promotes transparency, legal certainty and provides a foundation for future educational, workforce and care structures in intensive care nursing.

## 2. Hintergrund

Der Scope of Practice richtet sich an Fachpflegepersonen mit zweijähriger Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie<sup>1</sup> in der Intensivpflege im Krankenhaus. Der Scope of Practice beschreibt definierte Handlungsfelder unter Berücksichtigung individueller Handlungssituationen und ihrer Komplexität. Daraus resultierend fließen in diese Definition sowohl die Qualifikationen und Kompetenzen der Fachpflegepersonen (mit Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie) ein, als auch der Pflegefachpersonen ohne Fachweiterbildung<sup>2</sup>, die auf einer Intensivstation arbeiten (Benner, 2017; Waydhas et al., 2023). Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und sicheren Pflege für kritisch kranke Patient:innen ist seit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionspflege e.V. (DGF) vorrangiges Ziel der Fachgesellschaft. In der Bundesrepublik Deutschland sind die Kompetenzbereiche in spezialisierten pflegerischen Handlungsfeldern, wie der Intensivpflege, bisher unzureichend beschrieben. Für die Personalbemessung in sensiblen Bereichen der Pflege gelten derzeit die gesetzlichen Regelungen der Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung (PpUGV) des Bundesministeriums nach §137 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Diese orientiert sich an pauschalen Nurse-to-Patient-Ratios ohne Berücksichtigung von versorgungsspezifischen Qualifikationsvorgaben. Die Vergabe von Befugnissen erfolgt daher unabhängig von Qualifikationskriterien, so dass sie an Pflegefachpersonen erfolgen kann, die über keine ausreichenden Qualifikationen für die betreffende Aufgabe verfügen. Eine solide Abgrenzung der intraprofessionellen Verantwortungsbereiche wird nicht vorgenommen. Auf internationaler Ebene existieren in der Regel klare Abgrenzungen und Nachvollziehbarkeiten bezüglich pflegefachlicher Qualifikationen und Befugnisse. Neben den formalen Qualifikationen beeinflussen zudem insbesondere individuelle Fähigkeiten, Fertigkeiten und Befugnisse der Pflegefachpersonen den pflegetherapeutischen Erfolg. Gemäß dem Pflegeberufegesetz (PflBG) werden in

Deutschland für drei Qualifikationsniveaus Aufgabenklärungen und -ordnungen bereitgestellt. In der Aktualisierung des Gesetzes 2025 ist die Pflegeprozessverantwortung als Vorbehaltsaufgabe der Pflegefachpersonen neu festgelegt. Zudem erhalten Pflegefachpersonen die Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im Rahmen der dazu erworbenen staatlich geprüften, staatlich anerkannten oder staatlich festgestellten Kompetenzen. Die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Bundesländer definieren den Rahmen der Fachweiterbildung und deren Erlaubnis der Benennung der Fachqualifikation für Intensivpflege und Anästhesie, deutschlandweit vergleichbar durch die Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses in den Richtlinien der Qualitätssicherung, über die Deutsche Krankenhausgesellschaft als dadurch definiertes Mindestniveau (Gemeinsamer Bundesausschuss).

Auf diesem Hintergrund formuliert die DGF die Empfehlung für den Scope of Practice für Pflegefachpersonen mit zweijähriger Fachweiterbildung am Beispiel der Intensivpflege, um die Dimensionen der qualifizierten Kompetenzen und Verantwortungsbereiche der Fachpflegepersonen in der Praxis aufzuzeigen und ihren Einsatz von Wissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten und Befugnissen im beruflichen Kontext klarzustellen.

Die zunehmende Komplexität der intensivmedizinischen Versorgung erfordert eine differenzierte Betrachtung intensivpflegerischer Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Internationale Studien zeigen, dass insbesondere der Qualifikationsmix als auch die Spezialisierung von Pflegefachpersonen einen signifikanten Einfluss auf Patient:innenergebnisse haben. So konnte in mehreren groß angelegten Studien nachgewiesen werden, dass ein höherer Anteil akademisch qualifizierter sowie spezialisierter Pflegefachpersonen mit einer Reduktion der Mortalität und Komplikationsraten einhergeht (Aiken et al., 2014; Lasater et al., 2021).

1 Im Folgenden wird Fachpflegepersonen für Intensivpflege und Anästhesie zur besseren Lesbarkeit mit Fachpflegeperson bezeichnet.

2 Pflegefachpersonen beschreibt Pflegende mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung nach dem Pflegeberufegesetz oder den vorherigen Gesetzen. Diese werden zur besseren Lesbarkeit im Folgenden Pflegefachperson genannt.

Zudem gewinnt im internationalen Kontext die klare Definition eines qualifikationsbezogenen Scope of Practice zunehmend an Bedeutung als Instrument zur Sicherstellung von Versorgungsqualität, Patient:innensicherheit und professioneller Autonomie (Maier & Aiken, 2016). Insbesondere in hochkomplexen Versorgungsbereichen wie der Intensivpflege stellt ein klar definierter Kompetenzrahmen eine zentrale Voraussetzung für effektive interprofessionelle

### 3. Methodik

Nach der strukturierten Themeneingrenzung der Projektgruppe Pflegewissenschaft der DGF erfolgte eine gezielte Literaturrecherche in den fachwissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, CINAHL, Cochrane Library). Die Literaturrecherche erfolgte unter Anwendung systematischer Suchstrategien. Ergänzend wurden Leitlinien, Positionspapiere und Berichte internationaler Organisationen, wie dem International Council of Nurses (ICN) oder World Health Organization (WHO) berücksichtigt. Die Auswahl der Literatur erfolgte anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien (u.a. Aktualität, Rele-

### 4. Grundlagen und Definition eines Scope of Nursing Practice in Orientierung an das Positionspapier des ICN

Der Umfang des pflegerischen Handlungsfeldes wird innerhalb eines gesetzlichen und regulatorischen Rahmens definiert und beschreibt die Kompetenzen (Wissen, Fähigkeiten und Urteilsvermögen), sowie professionsbezogene Verantwortlichkeiten und Aufgaben der Pflegefachpersonen. Dies bildet die Grundlage für die Festlegung von Standards im pflegerischen Praxisfeld, als auch für Rollen und Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen. Somit erhält die Öffentlichkeit deutliche Anhaltspunkte, wer für die Erbringung bestimmter Pflegeleistungen qualifiziert ist. Zudem vermittelt ein klar definierter Aufgaben- und Tätigkeitsbereich allen Stakeholdern die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen (ICN, 2013).

Das berufliche Selbstverständnis der Pflegefachperson basiert auf evidenzbasiertem Wissen. Die daraus erwachsende Kompetenz wird durch verschiedene Faktoren geprägt, darunter Ausbildung,

Zusammenarbeit und effiziente Ressourcennutzung dar. Darüber hinaus zeigen aktuelle gesundheitsökonomische Analysen, dass erweiterte pflegerische Rollen, insbesondere im Sinne von Advanced Practice Nursing (APN), nicht nur die Versorgungsqualität verbessern, sondern auch zu einer Entlastung ärztlicher Strukturen und einer effizienteren Nutzung der Ressourcen beitragen (OECD, 2020; Schober, M., et al., 2020).

vanz für den intensivpflegerischen Kontext, methodische Qualität) und wurde unter dem Aspekt der Übertragbarkeit in deutsche Verhältnisse geprüft und in Themenblöcke gegliedert. Die Inhalte wurden in mehreren Konsensuskonferenzen der Expert:innengruppe bearbeitet, diskutiert, analysiert, abgestimmt und am Ende zusammengefügt. Zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Fundierung wurde ein narrativ-synthetischer Ansatz gewählt, der evidenzbasierte Erkenntnisse mit praxisorientierten Aspekten verknüpft (Grant & Booth, 2009).

Berufserfahrung, fachliche Expertise, individuelle Interessen sowie der jeweilige Praxiskontext. Der pflegerische Versorgungsprozess ist zudem durch Kooperations- und Koordinationsaufgaben gekennzeichnet, die eine enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachberufen erfordern. Rollen und Handlungsfelder müssen daher sowohl die spezifischen Merkmale professioneller Pflege widerspiegeln als auch den interprofessionellen Charakter der Gesundheitsversorgung berücksichtigen (ICN, 2013).

Pflegefachpersonen sind für ihre Pflegepraxis sowohl verantwortlich als auch rechenschaftspflichtig. Der Umfang des pflegerischen Scope of Practice beschränkt sich nicht auf bestimmte Aufgaben, Funktionen oder Verantwortlichkeiten, sondern ist eine Kombination aus Wissen, Urteilsvermögen und Fähigkeiten. Pflegefachpersonen sind autorisiert, eigenverantwortlich pflegethera-

peutische Leistungen zu erbringen, deren Auswirkungen zu bewerten und sich für Patient:innen und deren Gesundheit einzusetzen. Sie beaufsichtigen Pflegassistenzberufe und können Pflegeleistungen delegieren. Sie sind befähigt zu leiten, zu verwalten, zu lehren, Pflegeforschung zu initiieren und durchzuführen, und auch Gesundheitsrichtlinien für Gesundheitssysteme zu entwickeln (AACN, 2015; ICN, 2013).

Der Scope of Practice legt fest und beschreibt, wer, was, wo, wann, warum und wie in der Pflegepraxis in seiner Rolle als Pflegefachperson mit unterschiedlicher Qualifikation handelt. Die Beschreibung des jeweiligen Aufgaben- und Handlungsfeldes sollte die Erweiterung und Flexibilität des Berufs ermöglichen, um den sich ändernden Bedürfnissen von Patient:innen, Organisationen und der Gesellschaft gerecht zu werden (AACN, 2015; Gießen-Scheidel et al., 2014; ICN, 2013; Monke et al., 2018).

- Es liegt in der Verantwortung der Regierungen, Gesetze zu erlassen, die den besonderen und autonomen Charakter der professionellen Pflege anerkennen, einschließlich eines definierten Aufgaben- und Tätigkeitsbereichs, der die Fähigkeiten der Pflegefachpersonen widerspiegelt und trotzdem flexibel ist, um auf die dynamische Entwicklung der Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsbedürfnisse der Öffentlichkeit einzugehen (ICN, 2013).
- Nationale Pflege(fach-)verbände, Pflegekammern mit Regulierungsvollmacht (als Körperschaft des öffentlichen Rechts) und weitere Aufsichtsbehörden/Ministerien haben die Verantwortung einen Ordnungsrahmen durch Gesetze, Vorgaben und Verordnungen zu entwickeln (ICN, 2013).
- Arbeitgeber:innen sind in der Verantwortung, angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, den Pflegefachpersonen mit Weiterbildung eine sichere und kompetente pflegerische Versorgung zu ermöglichen. Dabei ist darauf zu achten, dass Pflegefachpersonen nicht in Situationen eingesetzt werden, in denen von ihnen verlangt wird, dass sie über ihr Kompetenzniveau hinaus oder außerhalb ihres gesetzlichen Aufgaben- und Tätigkeitsbereichs arbeiten (ICN, 2013). Es ist zu gewährleisten,

dass sie ihren beruflichen Pflichten und ihrer Verantwortung nachkommen können und zu garantieren, dass pflegerische Vorbehaltsaufgaben, gemäß §4 PflBG, nur von dieser Profession ausgeübt werden.

Der Scope of Practice ist als dynamisches Konstrukt zu verstehen, das sich kontinuierlich an wissenschaftliche Erkenntnisse, technologische Entwicklungen sowie gesellschaftliche Anforderungen anpasst. Aktuelle theoretische Ansätze betonen, dass der Scope of Practice nicht ausschließlich durch gesetzliche Rahmenbedingungen definiert wird, sondern wesentlich durch professionelles Selbstverständnis, evidenzbasierte Praxis und organisatorische Strukturen beeinflusst wird (Delamaire & Lafortune, 2010).

Insbesondere im Kontext der Intensivpflege ist der Scope of Practice eng mit Konzepten, wie Advanced Nursing Practice (ANP), Clinical Leadership und Evidence-Based Practice verknüpft (Blanck-Köster et al., 2020). Diese Konzepte erweitern die traditionelle Aufgabenbeschreibung der Pflege um Aspekte wie klinische Entscheidungsautonomie, wissenschaftsbasierte Interventionen und systematische Versorgungssteuerung (Hamric et al., 2014; Tracy et al., 2023).

Die Verantwortlichkeit von Fachpflegepersonen wird von Curley et al. (2024) im Artikel „Call to Action: Blueprint for Change in Acute and Critical Care Nursing“ eindrücklich beschrieben. Darin werden neun Domänen definiert, die darauf abzielen, die Leistung von Pflegefachpersonen im Gesundheitssystem dieses spezialisierten Bereichs darstellbar, sichtbar und messbar zu machen. Ziel ist es, einen Diskurs über einen neuen, komplexen Systemansatz für die professionelle Intensivpflege anzustoßen. Hierzu werden verschiedene patient:innen-, familien-, stations- und systembezogene Outcome-Metriken vorgestellt. Diese sollen dazu beitragen, Pflegequalität über ihren tatsächlichen positiven gesamtgesellschaftlichen Beitrag abzubilden und damit die professionelle Pflege sowohl gesellschaftlich als auch politisch stärker durchsetzungsfähig zu machen (Curley et al., 2024).

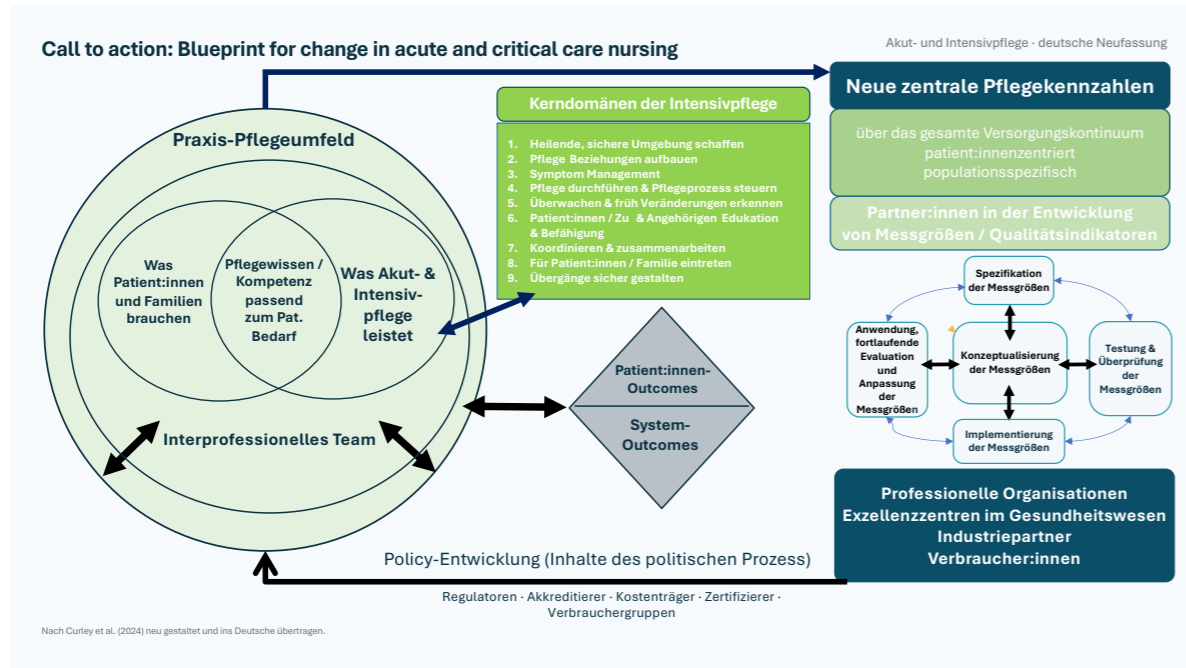


Abbildung 1: Entwicklung und Veränderung der Abbildung der Ergebnisse der Intensivpflege (Curley et al., 2024).

## 4.1 Rahmenvorgabe Scope of Practice

Der Pflegeprozess ist eine systematische Methode zur Organisation der professionellen Pflegepraxis (PflBG § 4). Dabei kommen kritisches Denken und diagnostische Fähigkeiten zum Einsatz. Jeder Schritt basiert auf der Genauigkeit des vorangegangenen Schritts. Der Prozess ist dynamisch und zirkulär. Die fortlaufenden Bewertungen von Patient:innen und ihren Bezugspersonen sowie deren Reaktionen auf die im Plan beschriebenen Interventionen werden kontinuierlich bewertet.

Ergebnisinformationen sowie die Neuformulierung von Pflegediagnosen, Interventionen und erwarteten Ergebnissen erfolgen entlang eines kontinuierlichen Pflegeprozesses. Eine kompetente Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern des interprofessionellen Teams, den Patient:innen und den Bezugspersonen ist entscheidend, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen.

## 4.2 Heilkundliche Aufgaben und Vorbehaltsaufgaben

Der Begriff der Heilkunde geht auf die gesetzliche Verankerung aus dem Jahr 1939 durch das „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“, auch als Heilpraktikergesetz (HeilprG) bekannt, zurück. Demnach wird jede berufs- oder gewerbemäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung (Diagnose), Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden als Heilkunde definiert (HeilprG, 1939/2016; Stock, 2021). Dabei geht es um die eigenverantwortliche und weisungsfreie Behandlung kranker Menschen. Das Gesetz soll den Schutz der körperlichen Unversehrtheit des Lebens garantieren. Ärzt:innen erhalten durch die Approbation nach dem erfolgreich

abgeschlossenen Medizinstudium und anschließender bestandener Prüfung ihre Zulassung zur Heilkundeausübung. Es ist jedoch nicht generell als ärztliche Vorbehaltsaufgabe festgelegt (Stock, 2021). Vorbehaltsaufgaben werden in drei Kategorien unterschieden (Stock, 2021):

- **Relative Vorbehaltsaufgaben** sind Tätigkeiten, die zwar primär zum Verantwortungsbereich bestimmter Berufsgruppen, wie Ärzt:innen oder Pflegefachpersonen, gehören, aber unter bestimmten Voraussetzungen auch von anderen, entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden können.

- Sie unterscheiden sich von **absoluten Vorbehaltsaufgaben**, die gesetzlich exklusiv einer bestimmten Profession oder Berufsgruppe zugewiesen sind.

- Zusätzlich werden **prioritär vorbehaltene Tätigkeiten** formuliert. Sie bezeichnen den Vorrang der berufsmäßigen Ausübung einer vorbehaltenen Tätigkeit für eine bestimmte Berufsgruppe unter bestimmten Voraussetzungen, wie zum Beispiel zwischen Ärzt:innen und Hebammen während der Geburt. Dies bedeutet, dass Hebammen bei einer unkomplizierten Geburt die eigenverantwortliche Führung übernehmen, auch wenn ein/e Arzt/Ärztin anwesend ist (Hebammengesetz-HebG).

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) zum 01.01.2026 verfügen Pflegefachpersonen neben dem bestehenden Vorbehalt in der Steuerung des Pflegeprozesses über erweiterte heilkundliche Befugnisse. Diese ermöglichen eine eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde im Rahmen der jeweils erworbenen, staatlich geprüften, staatlich anerkannten oder staatlich festgestellten Kompetenzen, abhängig von der jeweiligen Qualifikation. Die entsprechenden Leistungskataloge sollen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31.12.2026 sowie im Bereich der Krankenhausversorgung bis zum 31.07.2027 erarbeitet werden.

## 5. Zweck eines Scope of Practice in der Intensivpflege

Der Aufgaben- und Tätigkeitsbereich von Pflegefachpersonen mit Weiterbildung ist dynamisch und reagiert auf sich ändernde Gesundheitsbedürfnisse, Wissensentwicklung und technischen Fortschritt. Eine regelmäßige Überprüfung des Umfangs des pflegfachlichen Handlungsfeldes ist daher unerlässlich, um die Übereinstimmung mit den aktuellen Gesundheitsbedürfnissen sicherzustellen und verbesserte Gesundheitsergebnisse zu unterstützen. Die Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche sollten ausreichend breit und flexibel sein, um Freiraum für Innovation, Wachstum und Veränderung zu ermöglichen (AACN, 2015; ICN, 2013). Das Fachgebiet der Intensivpflege befasst sich mit menschlichen Reaktionen auf tatsächliche oder potentiell lebensbedrohliche Reaktionen und wird als Akut- und Intensivpflege bezeichnet. Dieser Fachbereich umfasst erweiterte Aufgaben- und Tätigkeitsfelder. Intensivpflege findet in einem hochkomplexen Umfeld statt, in dem die Grenzen des Fachgebiets aufgrund der sich manchmal sehr schnell ändernden Patient:innenbedürfnisse oft fließend sind. Fachpflegepersonen sind dem Schutz, der Erhaltung und Optimierung der Gesundheitssituation der anvertrauten Menschen verpflichtet. Sie sind herausgefordert, für die kontinuierliche Sicherheit der Intensivpatient:innen und der Einbeziehung ihrer Bezugspersonen zu sorgen, die sich in einer äußerst verletzlichen und lebensbedrohlichen Gesamtsituation befinden (AACN, 2015; Curley et al., 2024).

Wissenschaftliche Fortschritte, technologische Entwicklungen, Änderungen im Gesundheitswesen und eine alternde Gesellschaft verändern die Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Pflegefachpersonen auf allen Ebenen. Der Scope of Practice richtet sich daher an alle, die in dem spezialisierten Fachbereich tätig sind. Dies beinhaltet nicht nur Pflegefachpersonen und Fachpflegepersonen mit Weiterbildung, sondern auch Studierende, Lehrende, Mitglieder des interprofessionellen Teams und andere Pflegekolleg:innen. Darüber hinaus werden Leitungen von Gesundheitseinrichtungen, Pflegekammern, politische Entscheidungsträger und Versicherer von der Beschreibung der Verantwortlichkeiten der Intensivpflegefachpersonen profitieren.

Die Autor:innen und Mitwirkenden der DGF beschreiben die aktuelle Rollenfunktion der Pflegefachpersonen mit Weiterbildung. Diese Rolle muss sich innerhalb dieses Rahmens auf der Grundlage der Bedürfnisse von Patient:innen, Familien, Zu- und Angehörigen, Gesellschaft und europäischen als auch internationalen Anforderungen weiterentwickeln. Aus diesem Grund erweist sich die Festlegung eines definierten Umfangs der Kompetenzfelder, des sogenannten Scope of Practice, für in der Intensivpflege tätige Fachpflegepersonen mit Weiterbildung von entscheidender Relevanz.

## 5.1 Handlungsfeld Intensivpflege

Im Bereich der Intensivpflege sind Fachpflegepersonen mit Weiterbildung als auch Pflegefachpersonen ohne Weiterbildung tätig. Sie sind betraut mit der pflegetherapeutischen Versorgung von Intensivpatient:innen.

Um hochkomplexe Beurteilungen und Maßnahmen in den hochsensiblen Bereichen, wie der Intensivpflege, zu ermöglichen, braucht es eine bedarfsgerechte quantitative und qualitative Personalausstattung durch Fachpflegepersonen mit Weiterbildung. Eine ausreichende Fachqualifikationsrate ist unumgänglich, um aktuellen und zukünftigen Versorgungs Herausforderungen gerecht zu werden (Deutscher Pflegerat e.V., 2023; Waydhas et al., 2024). Die vorliegenden Rahmenbedingungen und Befugnisse werden nicht durch den Aufenthaltsort des/der Patient:in in bestimmten Abteilungen definiert, sondern durch seine/ihre Bedürfnisse. Die Klassifizierung von Patient:innen erfolgt daher nicht anhand der spezifischen Charakteristika einer bestimmten Abteilung, sondern in Abhängigkeit derer individuellen Bedürfnisse. Die pflegerische Leitung der Intensivstation wird von Fachpflegepersonen, mit einer Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie übernommen. Zusätzlich muss sie/er einen Stationsleitungslehrgang oder ein Bachelor- Studium im Bereich Management absolviert haben.

Die Schaffung eines sicheren, respektvollen, heilenden und fürsorglichen Umfelds durch interprofessionelle Teams wird dadurch erreicht, dass:

- die Pflegeentscheidungen maßgeblich durch die Werte und Präferenzen Ihrer Fachgesellschaft, Pflegekammern, Patient:innen und Bezugspersonen determiniert werden.
- Leistungserbringer in ihrer Funktion als Anwälte für Patient:innen, Zu- und Angehörigen und Gemeinden auftreten.
- Unterstützung, Förderung und Forcierung der ethischen Entscheidungsfindung stattfindet.
- die Praxis sich auf empirische Forschung und fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse gründet.
- die Förderung von Leadership auf allen Ebenen und bei sämtlichen Aktivitäten von zentraler Bedeutung ist.
- die Führungspolitik eine Kultur des lebenslangen Lernens und des beruflichen Wachstums fördert.
- eine Optimierung der individuellen Talente und Ressourcen erfolgt.
- es darauf hingewiesen sei, dass Innovation, Kreativität und klinische Untersuchungen anerkannt und wertgeschätzt werden.
- die Anerkennung, Unterstützung und Respektierung von Vielfalt ein fundamentales Prinzip ist, das in der vorliegenden Arbeit als grundlegende Annahme zugrunde gelegt wird.
- die Kommunikation auf allen Ebenen auf kompetente Weise erfolgt.
- die Erbringung von Pflegeleistungen auf einem professionellen Praxismodell basiert.
- die Gewährleistung der Patient:innensicherheit durch geeignete pflegerische und organisatorische Ressourcen maßgeblich beeinflusst wird.
- in einem solchen Umfeld Autorität, Autonomie und Verantwortlichkeit der Pflege Anerkennung und Unterstützung findet.
- dieses Vorgehen optimale Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten erzielt. (AACN, 2015; Curley et al., 2024)

### 5.1.1 Definition Intensivpflege

Die Intensivpflege wird definiert als Fachgebiet, das sich mit menschlichen Reaktionen auf tatsächliche oder potenziell lebensbedrohliche Probleme befasst. Der Aufgabenbereich umfasst die Intensivpflege von akut und kritisch kranken Menschen aller Altersgruppen, die dynamische Interaktion zwischen dem Patient:innen, seinen Bezugspersonen, der Intensivpflegefachperson und der Umgebung, in der die Intensivpflege durchgeführt wird. Ziel ist es, optimale Ergebnisse für akut und kritisch kranke Patient:innen zu erreichen (AACN, 2015; Gießen-Scheidel et al., 2014; Kaltwasser et al., 2024; Monke et al., 2018).

Demzufolge definiert sich das Handlungsfeld der Intensivpflege als „Unterstützung, Übernahme und Wiederherstellung der Aktivitäten des Lebens unter Berücksichtigung der existenziellen Erfahrungen und der gesundheitlichen Biografie/Pflegeanamnese des/der kritisch kranken Patient:in mit manifesten oder drohenden Störungen vitaler Funktionen. Ziel ist es, den Patient:innen unter Aktivierung der physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten durch präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen zur weitgehenden Selbständigkeit zurückzuführen oder den Patient:innen Linderung zu geben und im Sterben zu begleiten“ (Meyer & Friesacher, 1993).

### 5.1.2 Akute und kritisch kranke Patient:innen

Patient:innen in der Intensivpflege sind Personen, die eine dringende intensivpflegerische Versorgung benötigen und deren aktueller Zustand eine stationäre Behandlung auf einer Intensivstation erforderlich macht. Dies umfasst Patient:innen in einem Zustand, der als kritisch eingestuft werden könnte, sowie Patient:innen mit komplexen, chronischen Diagnosen über das gesamte Kontinuum. Diese Patient:innen benötigen komplexe Beurteilungen und Therapien, hochintensive Interventionen und eine kontinuierliche Betreuung. Das System ist als hochgradig verletzlich, instabil und komplex einzustufen. Deshalb ist es erforderlich, dass die Pflegefachpersonen jederzeit eine hohe pflegerische Wachsamkeit an den Tag legen. Die Merkmale der Patient:innen in der Akut- und Intensivpflege lassen sich entlang der folgenden Punkte festlegen:

➤ **Anfälligkeit** beschreibt die Empfindlichkeit gegenüber tatsächlichen oder potenziellen Belastungen, die sich negativ auf die Ergebnisse auswirken kann. Dies kann sich auf die Patient:innen auswirken. Die Stabilität bezeichnet die Fähigkeit, ein stabiles Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Der Begriff „Komplexität“ beschreibt die komplizierte Verflechtung von zwei oder mehr Systemen (z. B. Körper, Familie, Therapien). Die Ressourcenverfügbarkeit bezeichnet die Gesamtheit der Ressourcen, zu denen beispielsweise technische, finanzielle und persönliche Ressourcen zählen. Es sind die psychologischen, sozialen und familiären Faktoren zu berücksichtigen, die für den/die Patient:in, seine/ihre Familie, Bezugspersonen und die Gemeinschaft von Bedeutung sind (AACN, 2015).

➤ **Resilienz** bezeichnet die Fähigkeit einer Person, Krisen und schwierige Situationen zu überwinden und sich von ihnen zu erholen. Sie ist das Ergebnis von kompensatorischen Bewältigungsmechanismen, die dazu beitragen, dass eine Person mit Widrigkeiten umgehen und sich selbst und ihre Situation wieder in einen stabilen Zustand versetzen kann. Das Ziel besteht darin, das ursprüngliche Funktionsniveau wiederherzustellen und die Fähigkeit zu erlangen, sich nach einer Beeinträchtigung zeitnah zu erholen (AACN, 2015).

➤ **Aktive Beteiligung an Entscheidungsprozessen**, in dem Ausmaß, in dem die Patient:innen und ihre Zu- und Angehörigen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Bitte berücksichtigen Sie bei der Entscheidungsfindung folgenden Punkt: Die Vorhersagbarkeit stellt ein summatives Merkmal dar, anhand dessen ein bestimmter Krankheitsverlauf prognostiziert werden kann (AACN, 2015).

Diese Patient:innenmerkmale erfordern ein sensibles und ausgewogenes Kontinuum, das durch das Synergiemodell des AACN ausführlich beschrieben wird.

## 5.2 AACN-Synergie-Modell

Das „Synergy-Model for Patient Care“ der American Association of Critical Care Nurses (AACN) ermöglicht eine theoriegeleitete Betrachtung der klinischen Exzellenz in der Intensivpflege, damit Synergieeffekte greifen können und bessere Ergebnisse erzielt werden. Das Modell dient als konzeptioneller Bezugsrahmen für das Zusammenwirken der erforderlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen, die auf die Bedürfnisse der Intensivpatient:innen abgestimmt sein müssen und berücksichtigt gleichermaßen den Einfluss des Gesundheitssystems auf das Kontinuum der speziellen Pflegesituation (Gießen-Scheidel et al., 2014; Monke et al., 2018).

Im Mittelpunkt des Synergiemodells stehen die Kenntnis der Patient:innensituation und das Verständnis für die Sichtweisen der Patient:innen und deren Familie. Es integriert alle Dimensionen des Gesundheitszustandes der Patient:innen: physisch, sozial, psychologisch und spirituell. Das Modell spiegelt die patient:innen- und familienorientierte Pflege wider, die den Aufbau von Beziehungen voraussetzt und Synergieeffekte erzielt, wenn ein heilendes Umfeld geschaffen wird (AACN, 2015).

Die grundlegende Prämisse des AACN-Synergiemodells für die Patient:innenpflege ist, dass optimale Ergebnisse für Patient:innen und Familien erzielt werden, wenn Patient:innenmerkmale die Kompetenzen der Pflegefachperson bestimmen. Ein/e Patient:in unterscheidet sich in seiner Fähigkeit, gesund zu sein, und in seiner Anfälligkeit für Krankheiten anhand von acht Kernmerkmalen:

- Belastbarkeit/Widerstandsfähigkeit (Resilienz)
- Verwundbarkeit
- Stabilität
- Komplexität
- Ressourcenverfügbarkeit
- Teilhabe an der Pflege
- Beteiligung an der Entscheidungsfindung
- Vorhersehbarkeit

Je nach Ausprägungsgrad werden die Kernmerkmale in **Level 1** (unzureichend ausgeprägt), **Level 3** (moderate Ausprägung) und **Level 5** (starke Ausprägung) zugeordnet (Gießen-Scheidel et al., 2014; Monke et al., 2018).

Die von der Pflegefachperson geforderten Fähigkeiten und Kompetenzen für die Versorgung von kritisch kranken Patient:innen richten sich nach den Bedürfnissen der Patient:innen entlang des Kontinuums dieser Kernmerkmale:

- Klinische Entscheidung, klinisches Urteilsvermögen
- Anwaltschaft (Fürsprache und moralisch reflektiertes Handeln)
- Pflegepraktiken
- Zusammenarbeit
- Systemdenken
- Antwort auf gesellschaftliche Vielfältigkeit, Offenheit
- Klinische Untersuchung
- Lernberater:in (Förderung des Lernens)

Angelehnt an das Stufenmodell nach Patricia Benner werden die pflegfachlichen Kompetenzen in **Level 1** (Neuling), **Level 3** (kompetente Pflegenden) und **Level 5** (Pflegeexpert:innen) unterschieden. Sie beinhalten die Integration eines breiten Spektrums an Fachwissen, Fähigkeiten und Erfahrung und bieten die Möglichkeit, theoriegeleitete klinische Exzellenz in der Intensivpflege zu entwickeln, zu fördern und zu etablieren. Pflegefachpersonen entwickeln sich dabei auf der ihrer jeweiligen Aus- oder Weiterbildung entsprechenden Qualifikationsstufe weiter. Bei jeder weiteren Zusatzqualifikation beginnen sie wieder mit Level 1 als Neuling (Gießen-Scheidel et al., 2014; Monke et al., 2018).

Fachpflegepersonen erkennen Patient:innen und ihre Bezugspersonen als den grundlegenden und zentralen Fokus ihres Handlungsfeldes an. Ein Engagement für die Vision eines patient:innen- und familienzentrierten Gesundheitssystems erfordert eine ganzheitliche Betrachtung der Patient:innen und ihren Bezugspersonen sowie die Anerkennung ihrer vielfältigen Dimensionen, einschließlich der physischen, emotionalen, spirituellen und kulturellen Bedürfnisse. Dieses Engagement setzt voraus, dass Begriffe wie Pflegeentscheidungen und Bezugspersonen aus der Per-

spektive der Patient:innen definiert werden. Somit erlaubt das AACN-Modell Fachpflegepersonen einen Perspektivwechsel, der einen Reflexionsrahmen für die Praxis- und Theorievernetzung bietet. Die Grundlage für die akute und kritische Intensivpflegepraxis ist ein Fundus an spezialisiertem wissenschaftlichem Wissen, einem ethischen Modell für die Entscheidungsfindung, die im Synergie-Modell beschriebene Wechselbeziehung zwischen Pflegefachpersonen, Patient:innen, dem Gesundheitssystem und die Verpflichtung zur interprofessionellen Zusammenarbeit (AACN, 2015). Das AACN Synergie-Modell stellt unterschiedliche Kompetenzstufen dar und erlaubt eine Zuordnung der Fähigkeiten der Intensivpflegenden zu den entsprechenden Patient:innenmerkmalen und –levels, um für eine bestmögliche Patient:innenversorgung und –sicherheit zu sorgen. Für die Personalbesetzung auf den Intensivstationen bietet sich somit eine neue Lösungsmöglichkeit. Die Personalbesetzungen mit ausschließlich erfahrenen oder kompetenten Pflegefachexpert:innen ist in der Alltagsrealität nicht möglich. Das Modell zeigt aber, z. B. durch Primary-Nursing-Systeme, einen konzeptionellen Bezugsrahmen zur Planung der intensivpflegerischen Patient:innenversorgung und zur Entwicklung der erforderlichen intensivpflegerischen Kompetenzen auf (Gießen-Scheidel et al., 2014; Monke et al., 2018).

Mit dieser Ausrichtung bietet das AACN Synergie-Modell eine gute Grundlage zur Personalentwicklung, Personalbemessung, Personalbeschaffung und Personaleinsatzplanung. Es verbessert die Patient:innenzufriedenheit und die Arbeitszufriedenheit der Intensivpflegefachpersonen (Twiggy et al., 2021). Nicht zuletzt erhalten Führungspersonen ein Werkzeug, um die Zuständigkeit der Intensivpflegefachpersonen für die einzelnen Intensivpatient:innen entsprechend ihrer Erfahrung und Kompetenz begründet vorzunehmen und zu steuern. Gleichsam erhält die einzelne Pflegefachperson eine Standortbestimmung ihrer Fähigkeiten und Erfahrungen, um Lernziele für den weiteren Kompetenzerwerb zu formulieren. Darüber hinaus finden sich Anwendungen des Modells in der strukturierten Einarbeitung, Anleitung und Begleitung, sowie Fallbesprechungen oder Fallreflexionen (Monke et al., 2018).

Das AACN Synergie-Modell unterstützt zudem Organisationsstrukturen, indem es theoretische Erklärungsansätze zur Darstellung pflegerischer Produktivität, sowie zur systematischen Quantifizierung und Explizierung intensivpflegerischer Ressourcen und Kompetenzen bereitstellt. In der systemischen Perspektive erlaubt es Subsysteme und Interdisziplinarität auf deren Einflüsse auf die Patient:innenversorgung zu analysieren, z.B. an der Zahl der Wiederaufnahmen von Patienten nach ihrer intensivpflegerischen Versorgung (Monke et al., 2018).

Für die Professionalisierung der Intensivpflege und der Professionalität des pflegerischen Handelns leistet das AACN Synergie-Modell einen entscheidenden Beitrag und gibt Denkanstöße für einen grundlegenden Perspektivwechsel.

## 5.3 Klinisches Assessment als Kernkompetenz im Scope of Practice

Das klinische Assessment bildet die Grundlage des erweiterten Pflegeprozesses (Advanced Nursing Process). Es basiert auf der professionellen Bewertung pathophysiologischer, psychischer und sozialer Daten und stellt nicht das Krankheitsbild allein, sondern den Menschen in seiner Gesamtheit in den Mittelpunkt. Damit reagiert es auf die sich wandelnden Bedürfnisse von Patient:innen (Neumann-Ponesch & Leoni-Scheiber, 2020). Die körperliche Untersuchung liefert hierfür primäre objektive Daten und stützt sich auf vier zentrale Untersuchungstechniken: Inspektion, Perkussion, Palpation und Auskultation (Lyn, 2007). Diese bilden die Basis für die Formulierung eines fundierten Untersuchungsbefundes (Füeßl & Middeke, 2022).

Aufgrund seiner zentralen Bedeutung lässt sich das klinische Assessment zugleich als wesentlicher Bestandteil eines umfassenden Entscheidungsprozesses verstehen: des Clinical Reasoning Process (CRP). Im Rahmen des CRP greifen Gesundheitsfachpersonen sowohl auf klinische Daten und patient:innenbezogene Präferenzen als auch auf ihr professionelles Urteilsvermögen und ihr Fachwissen zurück (Higgs et al., 2008). Der CRP umfasst kognitive Prozesse, die darauf abzielen, begründete klinische Entscheidungen zu treffen (Klemme & Siegmann, 2015). Clinical Reasoning (CR) ist dabei besonders relevant, da komplexe Patient:innenfälle mit unspezifischen oder noch nicht diagnostizierten Gesundheitsproblemen zum klinischen Alltag gehören (Diamond-Fox & Bone, 2021). Die Studie von Diamond-Fox & Bone zeigt, dass CR maßgeblich zur Verbesserung der evidenzbasierten Diagnostik sowie zur Planung einer effektiven und bedarfsgerechten Versorgung beiträgt.

Innerhalb dieses umfassenden Denk- und Entscheidungsprozesses nimmt das Diagnostic Reasoning (DR) eine spezifische Rolle ein. Es handelt sich um eine zentrale kognitive Kompetenz, die für eine sichere und effektive berufliche Praxis unverzichtbar ist (Graber et al., 2018). DR wird als Teilbereich des klinischen Denkens verstanden, der sich auf die Erstellung klinischer Diagnosen sowie auf das Management damit verbundener gesundheitlicher Probleme konzentriert (Nordick, 2020). Nach Smith et al. (2022) steht DR in engem Zusammen-

hang mit einer höheren Versorgungsqualität und verbesserten gesundheitlichen Ergebnissen. Es ermöglicht eine präzise Definition klinischer Probleme, reduziert das Risiko von Fehldiagnosen und unterstützt die Entwicklung eines angemessenen diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. DR umfasst eine Vielzahl ineinandergreifender Schritte: die Durchführung einer zielgerichteten, hypothesengeleiteten Anamnese und körperlichen Untersuchung, die Formulierung der klinischen Fragestellung und potenzieller Differenzialdiagnosen, die Auswahl geeigneter diagnostischer Tests, die Festlegung einer Arbeitsdiagnose sowie die Entwicklung einer evidenzbasierten, patient:innenorientierten Behandlungsplanung. Die Studie von Smith et al. (2022) zeigt zudem, dass es an einheitlichen konzeptionellen Grundlagen mangelt und dass insbesondere Ausbildungsprogramme für erweiterte Pflegerollen systematisch in die Primärversorgung integriert werden sollten.

Vor diesem Hintergrund gewinnt ein klar definierter Scope of Practice besondere Bedeutung. Er schafft Transparenz darüber, welche diagnostischen und therapeutischen Aufgaben Pflegefachpersonen übernehmen dürfen, in welchen Bereichen sie eigenständig entscheiden können und wo interprofessionelle Abstimmungen erforderlich sind. Dies ist insbesondere für erweiterte Rollen wie APN relevant, deren Tätigkeitsprofil häufig komplexe klinische Entscheidungen, diagnostische Einschätzungen und die Steuerung umfassender Behandlungsprozesse umfasst. Darüber hinaus trägt ein präziser Scope of Practice zur Abgrenzung und zugleich zur sinnvollen Ergänzung anderer Gesundheitsberufe bei. Er erleichtert die interprofessionelle Zusammenarbeit, reduziert Überschneidungen und Unklarheiten und unterstützt die effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen im Gesundheitssystem. Für Patient:innen bedeutet ein klarer Scope of Practice mehr Kontinuität, bessere Zugänglichkeit zu Versorgung und eine höhere Qualität klinischer Entscheidungen.

Nicht zuletzt bildet der Scope of Practice eine zentrale Grundlage für die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Ausbildungsprogrammen. Er definiert die Kompetenzen, die im Rahmen

der Qualifizierung vermittelt werden müssen und schafft damit die Voraussetzung für eine standardisierte, evidenzbasierte und praxisnahe Ausbildung von Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen.

Ein klar definierter Scope of Practice trägt nachweislich zur Verbesserung zentraler Versorgungsindikatoren bei. Studien zeigen, dass klare Rollen- und Verantwortungsdefinitionen:

- die Patient:innensicherheit erhöhen
  - Kommunikationsfehler reduzieren
  - Entscheidungsprozesse beschleunigen
  - die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen steigern
- (Reeves et al., 2017; West et al., 2014).

Darüber hinaus ermöglicht der Scope of Practice eine strukturierte Kompetenzentwicklung innerhalb der Profession und unterstützt Organisationen bei der Implementierung differenzierter Skill- und Grademix-Modelle (Twigg et al., 2019).

## 5.4 Formale Qualifikation, nationale Fachweiterbildung (mit und ohne Akademisierung)

Die formale Qualifikation im Bereich der Intensivpflege wird in Deutschland durch das föderalistische System in erster Linie durch die Länder (z. B. Baden-Württemberg) bzw. deren Kammern (z. B. Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen) geregelt. In den Ländern ohne staatliche Regelung gelten die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)<sup>3</sup>. In der Regel geht die Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie über zwei Jahre und hat 720 Theorie Stunden. Es ist auch möglich die Weiterbildung nur im Bereich der Intensivpflege zu absolvieren mit entsprechender verkürzter Ausbildungszeit. An verschiedenen Hochschulen wird die Fachweiterbildung entweder inkludiert in einem Bachelor (z. B. Rostock) oder sogar Masterstudiengang (z. B. DHBW CAS) angeboten. Bei einem Bachelorstudiengang ist dies je nach Landesregelung mit und ohne Abitur möglich. Bei einem konsekutiven Masterstudiengang ist ein Bachelorabschluss Voraussetzung.

Trotz den unterschiedlichen Wegen zur Erlangung einer formalen Qualifikation und durch die föderalen unterschiedlichen Nuancen in der Weiterbildung bzw. Studium wird bei den Tätigkeiten am Patient:innen für fachweitergebildete Pflegefachpersonen eine einheitliche Kompetenz angenommen (Waydhas et al., 2024).

<sup>3</sup> [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.5\\_Personal\\_und\\_Weiterbildung/2.5.11\\_Aus-und\\_Weiterbildung\\_von\\_Pflegeberufen/Pflegefach\\_Weiterbildung/DKG\\_Empfehlung.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.11_Aus-und_Weiterbildung_von_Pflegeberufen/Pflegefach_Weiterbildung/DKG_Empfehlung.pdf)

## 5.5 Rechtliche Verankerung des Scope of Practice in der Intensivpflege

Der Scope of Practice in der Intensivpflege wird maßgeblich durch das Gesetz über die Pflegeberufe PflBG<sup>4</sup>, die landesrechtlich geregelten Weiterbildungen sowie durch das Befugnis-erweiterungsgesetz von 2025 (BEEP) bestimmt. Diese Regelungen definieren den professionellen Handlungsspielraum, innerhalb dessen Pflegefachpersonen ihre klinische Expertise verantwortungsvoll und rechtssicher einsetzen können.

Vorbehaltsaufgaben und pflegerische Entscheidungsbefugnisse: Mit § 4 PflBG wurden erstmals verbindliche Vorbehaltsaufgaben formuliert, deren Ausführung ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehalten ist. Dazu zählen die Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie dessen Evaluation. Gerade in der Intensivpflege, geprägt durch hohe Dynamik und Vulnerabilität der Patient:innen – bilden diese Aufgaben den Kern professionellen Handelns. Ergänzend regelt § 5 PflBG die selbstständig und eigenständig auszuübenden Tätigkeiten und unterstreicht damit die Befugnis von Pflegefachpersonen klinische Entscheidungen innerhalb des Pflegeprozesses eigenverantwortlich zu treffen und Interventionen kontinuierlich an veränderte Bedingungen anzupassen.

Hochschulisch vermittelte Kompetenzen und heilkundliche Aufgaben: § 35 PflBG erweitert diesen Kompetenzrahmen um wissenschaftlich fundierte Fähigkeiten, die besonders in hochschulischen Studiengängen vermittelt werden. Dazu gehören die selbstständige, prozessorientierte Pflege sowie die eigenverantwortliche Wahrnehmung ausgewählter heilkundlicher Aufgaben in klar definierten Bereichen. Für die Intensivpflege entsteht damit eine rechtliche Grundlage, komplexe klinische Situationen mit hohem fachlichem Anspruch, wissenschaftlicher Fundierung und ausgeprägter Entscheidungsfähigkeit zu bearbeiten.

Erweiterungen durch das Befugnis-erweiterungsgesetz (2025): Mit dem Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung (BEEP) in der Pflege wurde der pflegerische Handlungsspielraum nochmals deutlich erweitert<sup>5</sup>. Pflegefachpersonen dürfen künftig spezifische heilkundliche Aufgaben eigenverantwortlich wahrnehmen – sowohl nach ärztlicher Erstdiagnose als auch in bestimmten Fällen auf Grundlage einer eigenen pflegerischen Diagnose (§15a SGB V). Zugleich verpflichtet das Gesetz die Selbstverwaltung zur Entwicklung eines bundesweit gültigen, wissenschaftlich begründeten Scope of Practice, der Tätigkeitsbereiche, Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse präzise definiert und die professionelle Autonomie der Pflege stärkt.

Bedeutung für die intensivpflegerische Praxis: Aus diesen gesetzlichen Grundlagen ergeben sich für die Intensivpflege klar umrissene Verantwortungsbereiche. Pflegefachpersonen führen eigenständige klinische Einschätzungen durch, steuern komplexe Pflegeprozesse und übernehmen definierte heilkundliche Aufgaben fachverantwortlich. Der rechtliche Rahmen trägt damit sowohl zur Sicherheit der Versorgung als auch zur Weiterentwicklung pflegerischer Professionalität in einem Versorgungsfeld bei, das hohe Anforderungen an Urteilsvermögen, Fachwissen und situative Bewertung stellt.

Komplexität der intensivpflegerischen Versorgung: In der Intensivpflege lassen sich komplexe und hochkomplexe Pflegeprozesse häufig nicht klar voneinander trennen. Gleichzeitig steigen mit zunehmender Komplexität auch die Anforderungen an die klinische Expertise. Evidenzbasierte Entscheidungsfindung ist insbesondere in der Versorgung kritisch kranker Menschen unverzichtbar (Blanck-Köster, 2017; Blanck-Köster et al., 2018; Weidner & Schubert, 2022). Die Weiterbildung in der Intensivpflege trägt hierzu maßgeblich bei, indem sie Pflegenden systematisch auf anspruchsvolle klinische Situationen vorbereitet und die klinische Entscheidungsfähigkeit stärkt.

Rechtsrahmen im SGB V und neue pflegerische Befugnisse: Mit den Änderungen im SGB V – insbesondere den §§ 33, 73d und 112a – wird die eigenverantwortliche Erbringung definierter Leistungen durch Pflegefachpersonen erstmals rechtlich konkretisiert. Pflegefachpersonen können künftig, gestützt auf § 15a SGB V<sup>6</sup>, bestimmte Leistungen eigenständig verordnen oder durchführen<sup>7</sup>. Damit wird pflegerische Fachlichkeit rechtlich sichtbar gemacht und die Handlungskompetenz insbesondere in der Intensivpflege gestärkt.

Heilkundeausübung durch Pflegenden – Perspektiven für die Intensivpflege: Besonders bedeutsam ist die Diskussion über die zukünftige Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen mit Masterabschluss. Die Möglichkeit, ausgewählte heilkundliche Aufgaben eigenverantwortlich zu übernehmen, stellt einen grundlegenden Wandel dar, der die Rolle intensivpflegerischer Expertise langfristig und nachhaltig verändern kann.

Implikationen für die Weiterbildung in der Intensivpflege: Für die intensivpflegerische Weiterbildung bedeutet dies, dass Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation eine tragende Rolle in der zukünftigen Versorgung einnehmen. Die Weiterbildung vermittelt Kompetenzen, die weit über delegierte Tätigkeiten hinausgehen. Darunter klinische Entscheidungsfindung, Prozesssteuerung und Qualitätssicherung, und stärkt zugleich die professionelle Identität.

Entwicklungen im gesellschaftlichen Gesamtsystem der beruflichen Bildung: Das Berufsbildungsgesetz<sup>8</sup> gibt, mit der Novellierung 2020 und dem §53 als Grundlage für eine einheitliche höherqualifizierende Berufsbildung, mit der zweiten und dritten Weiterbildungsstufe Bachelor Professional und Master Professional der beruflichen Bildung einen eigenen Abschlusstitel und damit auch eine gleichwertige Abbildung im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) auf der Niveaustufe 6 und 7 des DQR. Diese ist bislang nicht übertragen auf pflegerische Weiterbildungen (Bundesinstitut für Berufsbildung [Hrsg.], 2023).

Professionelle Selbstvertretung und die Rolle der Pflegekammern: Strukturelle Weiterentwicklungen benötigen eine professionelle Stimme. Das Fehlen von Pflegekammern als Organe zur Selbstverwaltung der Pflege in vielen Bundesländern hat jedoch zur Folge, dass pflegerische Expertise in politischen Entscheidungsprozessen nur unzureichend berücksichtigt wird. Pflegekammern könnten hier als Körperschaften des öffentlichen Rechts maßgeblich dazu beitragen, die Interessen der Pflege zu vertreten und Gesetzgebungsverfahren aktiv mitzugestalten.

Bedeutung für die fachliche und berufspolitische Stärkung der Intensivpflege: Die aktuelle Debatte um erweiterte Pflegekompetenzen macht deutlich, wie wichtig es ist, Pflegefachpersonen, insbesondere mit intensivpflegerischer Zusatzqualifikation, sowohl fachlich als auch berufspolitisch zu stärken. Für eine Intensivpflege, die die Zukunft vorausdenkt, ist nicht nur klinische Expertise erforderlich, sondern auch ein ausgeprägtes professionelles Selbstverständnis, das aktiv in politische und strukturelle Entwicklungen hineinwirkt.

6 § 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/15a.html>

7 § 33 SGB V Hilfsmittel: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/33.html>

8 § 53 Fortbildungsordnungen der höherqualifizierenden Berufsbildung: [BBiG - Berufsbildungsgesetz](https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/53.html).

4 Gesetz über die Pflegeberufe/Pflegeberufegesetz (PflBG): <http://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR25811017.html>

5 Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugnis-erweiterung-entbueroekratisierung-pflege.html>

## 5.6 (Erweiterte) Kompetenzen und Verantwortungsbereiche gegenüber der 3-jährigen Ausbildung

Auf Intensivstationen arbeiten Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, deren Kompetenzen und Verantwortungsbereiche sich sowohl formal als auch inhaltlich unterscheiden. Neben generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen übernehmen Fachpflegepersonen mit einer Fachweiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege eine zentrale Rolle in der Versorgung kritisch kranker Patient:innen. Eine Differenzierung der jeweiligen Kompetenzstufen ist nicht allein über Tätigkeitsbeschreibungen zu erfassen, sondern erfordert eine vertiefte Betrachtung der zugrundeliegenden Wissensformen, Entscheidungsprozesse und Verantwortungsstrukturen.

Pflegefachpersonen verfügen nach der generalistischen Ausbildung und der inkludierenden Pflegeausbildungen vor dem aktuellen PflBG (3 Jahre) über grundlegende fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten, die sie zur Durchführung des Pflegeprozesses in stabilen oder weniger komplexen Versorgungssituationen befähigen. Ihr Handeln orientiert sich überwiegend an standardisierten Verfahren, Leitlinien und ärztlichen Anordnungen. Klinische Entscheidungen erfolgen primär regelgeleitet und innerhalb klar definierter Handlungsrahmen. In komplexen oder sich dynamisch verändernden Situationen besteht ein erhöhter Bedarf an Anleitung, Abstimmung und Supervision.

Demgegenüber zeichnet sich die Kompetenzstufe der Fachpflegepersonen mit 2-jähriger Fachweiterbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege durch eine erweiterte klinische Expertise aus, die insbesondere auf der Integration von wissenschaftlichem Wissen, praktischer Erfahrung und reflektierter Entscheidungsfähigkeit beruht. Diese Fachpflegepersonen sind in der Lage, komplexe klinische Situationen ganzheitlich zu erfassen, relevante Informationen zu priorisieren und daraus eigenständige, situationsadäquate Entscheidungen abzuleiten. Diese Form des Handelns entspricht dem Konzept des Clinical Reasoning, bei dem kognitive, analytische und intuitive Prozesse miteinander verknüpft werden.

Ein zentrales Differenzierungsmerkmal liegt in der Qualität der Entscheidungsfindung. Während Pflegefachpersonen nach der generalistischen Grundausbildung vorwiegend reaktiv auf Veränderungen reagieren, handeln Fachpflegepersonen mit zwei-

jähriger Fachweiterbildung zunehmend proaktiv und antizipativ. Sie erkennen klinische Verschlechterungen frühzeitig, interpretieren komplexe Daten aus Monitoring, Diagnostik und Beobachtung und leiten eigenständig erste pflegerische Interventionen ein. Dabei greifen sie auf ein erweitertes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten zurück und sind in der Lage, auch unter Unsicherheit fundierte Entscheidungen zu treffen.

Die Verantwortungsübernahme geht dabei über die Durchführung einzelner Maßnahmen hinaus und umfasst die kontinuierliche Steuerung des gesamten Pflegeprozesses in hochkomplexen und instabilen Versorgungssituationen. Fachpflegepersonen mit entsprechender Weiterbildung übernehmen die Priorisierung von Interventionen, koordinieren pflegerische und therapeutische Maßnahmen im interprofessionellen Team und tragen maßgeblich zur Sicherstellung der Versorgungsqualität bei. Sie fungieren als zentrale Schnittstelle zwischen den beteiligten Berufsgruppen und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Kontinuität und Sicherheit der Patient:innenversorgung.

Darüber hinaus erweitert sich ihr Aufgabenprofil um die aktive Mitgestaltung interprofessioneller Entscheidungsprozesse. Sie bringen pflegfachliche Perspektiven systematisch in Therapieentscheidungen ein und tragen zur evidenzbasierten Ausrichtung der Versorgung bei. Diese erweiterte Rolle ist insbesondere im Kontext aktueller gesetzlicher Entwicklungen relevant, die Pflegefachpersonen zunehmend eigenständige heilkundliche Tätigkeiten im Rahmen ihrer Qualifikation ermöglichen.

Im internationalen Vergleich weisen Fachpflegepersonen mit entsprechender Weiterbildung deutliche Parallelen zu erweiterten pflegerischen Rollenprofilen auf, wie sie im Konzept der Advanced Nursing Practice (APN) beschrieben werden. Auch wenn keine vollständige Gleichsetzung erfolgt, zeigen sich Überschneidungen hinsichtlich klinischer Entscheidungsautonomie, Verantwortungsübernahme und wissenschaftsbasierter Praxis. Die bisher fehlende eindeutige regulatorische Abgrenzung in Deutschland verdeutlicht die Notwendigkeit eines klar definierten Scope of Practice, um Transparenz, Rechtssicherheit und eine optimale Nutzung pflegerischer Kompetenzen zu gewährleisten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Unterschiede zwischen den Kompetenzstufen nicht primär in der Anzahl der ausgeführten Tätigkeiten liegen, sondern in der Qualität der klinischen Entscheidungsprozesse, der Tiefe des zugrundeliegenden Wissens sowie dem Ausmaß der übernommenen Verantwortung. Fachpflegepersonen mit Weiterbildung tragen durch ihre erweiterte Handlungskompetenz maßgeblich zur Bewältigung der steigenden Komplexität in der intensivpflegerischen Versorgung bei, und leisten einen zentralen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege.

Anforderungen DQR	Anforderungen an Pflegefachpersonen	Grade-Mix Intensivstation
<b>4</b> Generalistische Pflegeausbildung (3 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Durchführung des Pflegeprozesses in stabilen und teilweise komplexen Situationen</li> <li>➤ Anwendung standardisierter Verfahren und evidenzbasierter Leitlinien unter Anleitung</li> <li>➤ Erkennen und Weiterleitung von Veränderungen</li> <li>➤ Mitwirkung bei grundlegenden diagnostischen/ klinischen Beobachtungen, Einschätzungen und therapeutischen Maßnahmen</li> </ul>	<b>Basisversorgung/ stabile Patient:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ unterstützende Rolle</li> <li>➔ keine alleinige Versorgung hochinstabiler Patient:innen</li> </ul>
<b>5</b> Aufstiegsfortbildung (z. B. Praxisanleitung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erweiterte pädagogische und fachliche Kompetenzen</li> <li>➤ Anleitung, Schulung und Kompetenzentwicklung im Team</li> <li>➤ Mitwirkung bei Qualitätssicherung und Implementierung von Standards</li> <li>➤ Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis</li> </ul>	<b>unterstützende &amp; qualitätssichernde Funktionen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Praxisanleitung</li> <li>➔ Einarbeitung</li> <li>➔ Ergänzung im Skill-Mix</li> </ul>
<b>6</b> Bachelorabschluss bzw.  zweijährige Fachweiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beide Qualifikationen sind dem DQR-Niveau 6 zugeordnet. Die Gleichwertigkeit bezieht sich auf das Kompetenzniveau, nicht auf identische Kompetenzprofile.</li> <li>➤ Der Bachelorabschluss fokussiert stärker wissenschaftlich-reflexive und evidenzbasierte Kompetenzen, die Fachweiterbildung Intensivpflege hingegen hochspezialisierte klinische Handlungskompetenzen im intensivmedizinischen Setting.</li> <li>➤ Nach Abschluss der Fachweiterbildung Intensivpflege besteht die Möglichkeit der akademischen Weiterqualifizierung mit Anrechnung erworbener ECTS-Punkte bzw. Kompetenzen auf hochschulische Studiengänge. Dadurch wird die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung gestärkt.</li> </ul>	<b>Ergänzende Kompetenzprofile im Skill-/Grade-Mix</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Akademische Expertise und evidenzbasierte Praxisentwicklung durch Bachelorqualifikation</li> <li>➔ Hochspezialisierte klinische Expertise durch Fachweiterbildung Intensivpflege</li> <li>➔ Gemeinsame Sicherstellung qualitativ hochwertiger Versorgung kritisch kranker Patient:innen</li> <li>➔ Ergänzende Rollen innerhalb eines differenzierten Kompetenz- und Versorgungsmodells</li> </ul>

Anforderungen DQR	Anforderungen an Pflegefachpersonen	Grade-Mix Intensivstation
<b>6</b> <u>Bachelorabschluss</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wissenschaftliche Kompetenzen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches</li> <li>➤ Wissenschaftlich fundierte Pflegepraxis und Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse</li> <li>➤ Erweiterte Kompetenzen im Clinical Reasoning und klinischen Assessment</li> <li>➤ Analyse, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte</li> <li>➤ Mitwirkung bei Qualitätsentwicklung, Implementierung und Evaluation von Standards</li> <li>➤ Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in komplexe Versorgungssituationen</li> <li>➤ Beteiligung an Forschungs- und Entwicklungsprojekten</li> <li>➤ Mitgestaltung interprofessioneller Entscheidungsprozesse</li> <li>➤ Förderung von Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität</li> <li>➤ Reflexion und Weiterentwicklung evidenzbasierter Pflegepraxis</li> </ul>	<b>Unterstützende, koordinierende &amp; qualitätssichernde Funktionen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Evidenzbasierte Pflegepraxis</li> <li>➔ Qualitätsentwicklung und Implementierung von Standards</li> <li>➔ Ergänzung des Skill- und Grade-Mix durch wissenschaftliche Expertise</li> <li>➔ Schnittstelle zwischen Wissenschaft und klinischer Praxis</li> <li>➔ Mitwirkung bei Konzeptentwicklung und Praxisentwicklung</li> </ul>

Anforderungen DQR	Anforderungen an Pflegefachpersonen	Grade-Mix Intensivstation
<b>6</b> <u>Zweijährige Fachweiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eigenständige Steuerung hochkomplexer intensivpflegerischer Prozesse</li> <li>➤ Hochentwickeltes klinisches Assessment und situatives Clinical Reasoning</li> <li>➤ Priorisierung und Koordination pflegerischer Maßnahmen bei vitaler Gefährdung</li> <li>➤ Integration multipler Datenquellen (Monitoring, Labor, klinische Beobachtung)</li> <li>➤ Antizipatives Handeln bei instabilen Patient:innen</li> <li>➤ Sicheres Handeln in hochdynamischen intensivmedizinischen Situationen</li> <li>➤ Aktive Mitgestaltung interprofessioneller Therapieentscheidungen</li> <li>➤ Umsetzung evidenzbasierter intensivpflegerischer Prozesse</li> <li>➤ Mitwirkung an Qualitätssicherung sowie Risiko- und Fehlermanagement</li> <li>➤ Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben entsprechend dem rechtlichen Rahmen</li> </ul>	<b>Kernrolle im intensivpflegerischen Setting</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Versorgung hochkomplexer und instabiler Patient:innen</li> <li>➔ Steuerung des intensivpflegerischen Prozesses</li> <li>➔ Zentrale Rolle im Skill-Mix</li> <li>➔ Klinische Steuerungs- und Handlungskompetenz im Akutsetting</li> <li>➔ Fachspezifische Expertise in der Intensivversorgung</li> </ul>
<b>7</b> Master (Advanced Practice Nursing in der Rolle der <u>Clinical Nurse Specialist</u> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hochkomplexe klinische Entscheidungsfindung</li> <li>➤ Übernahme/Wahrnehmung erweiterter heilkundlicher Aufgaben (je nach rechtlichem Rahmen)</li> <li>➤ Entwicklung, Implementierung und Evaluation evidenzbasierter Versorgungskonzepte</li> <li>➤ Beratung komplexer Fälle (Konsiliartätigkeit)</li> <li>➤ Systemische Steuerung von Versorgungsprozessen, Forschung, Qualitätsentwicklung und Innovation</li> </ul>	<b>Erweiterte klinische Rolle (APN/CNS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ komplexeste Patient:innen</li> <li>➔ Konsil- und Steuerungsfunktion</li> <li>➔ Brücke zwischen Praxis &amp; Wissenschaft</li> <li>➔ Vernetzung der Versorgungssettings</li> </ul>

Anforderungen DQR	Anforderungen an Pflegefachpersonen	Grade-Mix Intensivstation
<b>7</b> Master (Advanced Practice Nursing in der Rolle als <u>Nurse Practitioner</u> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Umfassende Wahrnehmung medizinischer Aufgaben (je nach rechtlichem Rahmen)</li> <li>➤ eigenständige Untersuchung und Beurteilung von Patient:innen, einschließlich der Einleitung einer Behandlung und der Erstellung eines Behandlungsplans (je nach rechtlichem Rahmen)</li> <li>➤ Befugnis zur Verschreibung von Medikamenten und therapeutischen Maßnahmen, sowie der Überweisung von Patient:innen</li> <li>➤ Überwachung akuter und chronischer Gesundheitsprobleme, vor allem im Rahmen der direkten Gesundheitsversorgung</li> <li>➤ Integration von Lehre, Forschung und Führungsaufgaben mit dem Schwerpunkt in der direkten klinischen Versorgung</li> </ul>	<b>Erweiterte klinische/außerklinische Rolle (APN/NP)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Selbstständig arbeitende APN/NP, die in der Lage ist, Erkrankungen auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien zu diagnostizieren und zu behandeln</li> <li>➔ vornehmlich in der primären Gesundheitsversorgung und anderen außerklinischen Einrichtungen tätig aber auch in der Akutversorgung</li> </ul>
<b>8</b> Promotion (PhD, Dr.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Generierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse</li> <li>➤ Entwicklung pflegewissenschaftlicher Theorien und Modelle</li> <li>➤ Evaluation komplexer Versorgungssysteme</li> <li>➤ Strategische Weiterentwicklung von Pflegepraxis und Gesundheitssystem</li> <li>➤ Leitung von Forschungsprojekten</li> <li>➤ Translation von Evidenz in Praxis und Politik</li> </ul>	<b>Strategische &amp; wissenschaftliche Ebene</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ keine primäre Patient:innenversorgung</li> <li>➔ Systementwicklung</li> <li>➔ Forschung &amp; Policy</li> </ul>

Tabelle 1 Qualifikationsabhängige Handlungsfelder im Grade-Mix der Intensivpflege

Die dargestellte Zuordnung verdeutlicht, dass die Anforderungen in der intensivpflegerischen Versorgung nicht ausschließlich durch formale Qualifikationsniveaus beschrieben werden können, sondern wesentlich durch die tatsächliche klinische Kompetenz und Erfahrung der Pflegefachpersonen geprägt sind.

Im Sinne des BAPID-Modells<sup>9</sup> erfolgt die Personaleinsatzplanung daher nicht primär auf Basis von Qualifikationsabschlüssen, sondern orientiert sich an der Passung zwischen Patient:innenbedarf

## 5.7 Ethik-Kodex (DGF)

Die Entwicklung ethischer Kompetenzen in der Intensivpflege vollzieht sich auf der Grundlage theoriegeleiteter Ansätze, die Pflegefachpersonen befähigen, komplexe Problemsituationen auf Basis ihres professionellen Wissens zu analysieren und verantwortungsbewusst zu handeln. Ethische Regeln fungieren dabei nicht lediglich als normative Orientierung, sondern als strukturierende Prinzipien professionellen Handelns, die eine autonome und reflexiv gesteuerte Handlungsorientierung ermöglichen. Dadurch wird eine Distanzierung von subjektiven Bewertungen der Patient:innen begünstigt und die Fokussierung auf fachlich begründete Entscheidungsprozesse unterstützt (Bartholomeyczik). Pflegefachpersonen übernehmen in diesem Sinne stellvertretend die Deutung, Strukturierung und Bearbeitung von Problemlagen, die Patient:innen infolge akuter oder chronischer Erkrankungen nicht eigenständig bewältigen können. Ihr in Wissenschaft und Praxis verankertes Fachwissen bildet hierfür die zentrale Grundlage. Vor diesem Hintergrund legt der von der DGF entwickelte Ethikkodex die professionsspezifische ethische Verantwortung fest und konkretisiert die daraus abgeleiteten normativen Handlungsanforderungen für Pflegefachpersonen im intensivpflegerischen Kontext (Berkemeyer et al., 2024). Der Ethikkodex dient als Instrument der Professionalisierung und zielt darauf ab, eine praxisorientierte moralische Handlungskompetenz zu fördern. Diese umfasst die Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen moralisch begründete Entscheidungen zu treffen, ethische Herausforderungen zu identifizieren und die eigene

und Kompetenzprofil der eingesetzten Pflegefachpersonen. Dabei zeigt sich insbesondere, dass Patient:innen mit hoher Komplexität und Instabilität eine Versorgung durch Pflegefachpersonen auf mindestens DQR-Niveau 6 erfordern (Genz & Gahlen-Hoops, 2026).

Der Scope of Practice stellt in diesem Zusammenhang das zentrale Instrument dar, um die erforderlichen Kompetenzen transparent zu definieren und eine strukturierte, bedarfsgerechte Zuordnung innerhalb des Grade-Mix zu ermöglichen.

berufsethische Verantwortung gegenüber Patient:innen und deren Angehörigen aktiv wahrzunehmen (Berkemeyer et al., 2024).

Ein wesentlicher Bestandteil ethischer Kompetenz ist der reflexive Bezug, der als Grundlage professioneller Urteilskraft verstanden werden kann. Er umfasst sowohl die Selbstreflexion der eigenen Haltung, der individuellen Wertekonstellationen und der professionellen Rolle als auch die reflektierte Auseinandersetzung mit Interaktionspartner:innen, institutionellen Rahmenbedingungen sowie gesellschaftlichen Normen und Wertordnungen. Ethische Reflexionsfähigkeit ermöglicht es Pflegefachpersonen, komplexe moralische Entscheidungssituationen nicht schematisch, sondern kontextsensibel und verantwortungsbewusst zu beurteilen. Als Ausdruck professioneller Urteilskraft dient sie dazu, moralische Konflikte kritisch zu analysieren, Handlungsoptionen abzuwägen und das eigene berufliche Handeln kontinuierlich weiterzuentwickeln. Damit bildet sie die Grundlage für einen verantwortlichen und situativ angemessenen Umgang mit moralischen Ambivalenzen, die insbesondere in der Intensivpflege infolge hoher klinischer Komplexität, der besonderen Vulnerabilität der Patient:innen sowie multiprofessioneller Entscheidungsprozesse häufig auftreten.

Damit verbindet der Ethikkodex die Entwicklung ethischer Kompetenz mit dem Scope of Practice, indem er Aufgabenbereiche, Entscheidungsbefugnisse und Verantwortungsgrenzen professionellen Handelns präzisiert und so eine rechtlich wie professionsethisch fundierte Pflegepraxis unterstützt.

## 6. Systematisierung

Dieses Kapitel beschreibt die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit und definiert den Skill- & Grade-Mix unter Bezug auf deutsche und internationale Rahmenwerke sowie auf die Qualifikationszuordnung nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR), der im Anhang als Tabelle 2

dargestellt wird. In Bezug auf die Gestaltung des Skill- und Grade-Mix in der Intensivpflege ist es für ein optimales Zusammenspiel von essenzieller Bedeutung, die Qualifikationen und Ausprägungen der Spezialisierung klar zu systematisieren.

### 6.1 Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Folgenden werden die Qualifikationen und Ausprägungen der Spezialisierung dargelegt. Besonders relevant hierbei ist, dass sich sowohl das einzelne Teammitglied als auch das gesamte Team aktiv mit den jeweiligen Rollen, den Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, dem Scope of Practice sowie deren Zusammenspiel auseinandersetzen.

Fachpflegepersonen für Intensiv- und Anästhesiepflege übernehmen eine zentrale Rolle in der aktiven Steuerung des gesamten pflegerisch-medizinischen Versorgungsprozesses (Dall'Ora et al., 2022). Aufgrund ihrer kontinuierlichen Präsenz in der direkten Patient:innenversorgung, ihrer erweiterten klinischen Expertise sowie ihrer Fähigkeit zur frühzeitigen Erkennung kritischer

Veränderungen koordinieren sie zentrale Abläufe der Versorgung. Sie strukturieren Arbeitsabläufe innerhalb des interprofessionellen Teams und gewährleisten eine lückenlose Informationsweitergabe über den gesamten Verlauf hinweg. In hochsensiblen und dynamischen Situationen steuern Fachpflegepersonen die operative Umsetzung der Behandlungsstrategie, treffen situativ angemessene Entscheidungen im Rahmen ihres Kompetenzspektrums und übernehmen eine leitende Funktion bei der Priorisierung, Stabilisierung und Risikoabschätzung im Intensivpflegeprozess. Durch ihr fachliches Urteil tragen sie maßgeblich dazu bei, den Versorgungsprozess sicher, zielgerichtet und patient:innenorientiert zu gestalten.

### 6.2 Skill- und Grade-Mix auf Intensivstationen in Deutschland

Der Skill- und Grade-Mix auf Intensivstationen beschreibt die Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Qualifikationsniveau, Aufgabenprofil und Verantwortungsumfang. Dieses Konzept ist für die intensivpflegerische Versorgung von zentraler Bedeutung, da es maßgeblich zur Patient:innensicherheit, zur Qualität der Behandlung und zur Stabilität der Arbeitsabläufe beiträgt. Der Grade-Mix bezieht sich auf die formalen Qualifikations- und Bildungsniveaus des Teams. Er beschreibt, welche Berufsabschlüsse, Weiterbildungen oder akademischen Grade im Team vertreten sind. Der Skill-Mix beschreibt die Verteilung der Kompetenzen innerhalb eines Teams. Dabei steht im Vordergrund, welche konkreten Fähigkeiten, Fertigkeiten und klinischen Kompetenzen im Team vorhanden sind und wie diese im Versorgungsprozess eingesetzt werden (Bensch, 2018).

In Deutschland wird der Skill- bzw. Grade-Mix sowohl durch gesetzliche Vorgaben (PflBG, Richtlinien des G-BA), wissenschaftliche Evidenz, Weiterbildungsverordnungen der Länder als auch durch Empfehlungen der Fachgesellschaften geprägt. Internationale Evidenz zeigt, dass ein ausgewogener Skill- und Grade-Mix ein entscheidender Faktor für die Qualität der intensivpflegerischen Versorgung ist. Eine Metaanalyse von Twigg et al. (2021) belegt, dass ein höherer Anteil qualifizierter Pflegefachpersonen mit geringeren Komplikationsraten, kürzeren Liegezeiten und einer reduzierten Mortalität assoziiert ist. Darüber hinaus wird zunehmend betont, dass nicht nur der formale Qualifikationsgrad (Grade-Mix), sondern insbesondere die tatsächlichen klinischen Kompetenzen (Skill-Mix) für die Versorgungsqualität entscheidend sind (Buchan & Aiken, 2008).

<sup>9</sup> [https://deutscher-pflegerat.de/download/bapid\\_ii\\_2\\_auf1\\_2026\\_genz\\_gahlen-hoops.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/bapid_ii_2_auf1_2026_genz_gahlen-hoops.pdf)

Die Implementierung evidenzbasierter Personalmodelle sollte daher folgende Aspekte berücksichtigen:

- Patient:innenkomplexität und Pflegebedarf
- Qualifikationsstruktur des Teams
- Erfahrungsniveau der Mitarbeitenden
- Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse

Im Zentrum des Grade-Mix steht die Unterscheidung verschiedener Qualifikationsstufen, wie sie im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) beschrieben werden (s. Tabelle 2 im Anhang). Auf Intensivstationen werden üblicherweise Pflegefachpersonen auf den Stufen DQR 4 bis DQR 7 eingesetzt. Pflegefachassistenzpersonen bewegen sich ebenfalls auf DQR-Stufe 4 und übernehmen unterstützende Aufgaben wie Grundpflege, Positionierung oder nicht-invasive Messungen, jedoch ohne eigenständige Verantwortung für komplexe pflegerische Entscheidungsprozesse, wie durch die Vorbehaltsaufgaben nach §4 PflBG definiert. Die generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen auf DQR-Stufe 4 führen die Grund- und Behandlungspflege durch, erfassen Gesundheitszustände, überwachen Patient:innen und setzen ärztlich delegierte Maßnahmen um.

Eine zentrale Rolle im intensivpflegerischen Setting kommt den Fachpflegepersonen für Intensiv- und Anästhesiepflege zu, deren Qualifikation im Moment noch nicht im DQR berücksichtigt ist. Diese sollte allerdings, äquivalent zu dem Bachelor Professional, auf DQR-Niveau 6 verortet sein. Sie verfügen über hochspezialisierte Kompetenzen zur Überwachung und Versorgung kritisch kranker Patient:innen, beherrschen das Management komplexer Beatmungsformen, überwachen hämodynamische Parameter und sind wesentlich an der Steuerung von Sedierung, Analgesie und Delirmanagement beteiligt. Weiterhin wirken sie bei invasiven Maßnahmen mit, erkennen frühzeitig Komplikationen und übernehmen tragende Rollen in Notfall- und Krisensituationen. Die Weiterbildung zur Fachpflegeperson, geregelt durch landesrechtliche Weiterbildungsverordnungen der Länder, beziehungsweise die Weiterbildungsordnungen der Pflegekammern, stellt sicher, dass diese Kompetenz strukturiert und prüfungsbasiert erworben werden.

Ergänzt wird das intensivpflegerische Team zunehmend durch akademisch qualifizierte Pflegekräfte auf Bachelor- (DQR 6) und Masterniveau

(DQR 7). Sie bringen vertiefte wissenschaftliche, qualitätsbezogene und organisatorische Kompetenzen ein. In einigen Einrichtungen entwickeln sich fortgeschrittene Rollenprofile wie Advanced Practice Nurses (APNs), die in Form der Clinical Nurse Specialist (CNS) erweiterte fachkundige Expertise mit erweiterten heilkundlichen Befugnissen einbringen können und damit zur weiteren Professionalisierung der Intensivpflege beitragen (ICN, 2020).

Insgesamt ist die Zusammensetzung des Teams auf Intensivstationen daher bewusst multiprofessionell gestaltet. Die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (Waydhas et al., 2023) empfiehlt, dass mindestens 30% (50% sollten angestrebt werden) des intensivpflegerischen Personals über eine anerkannte Fachweiterbildung verfügen sollte, um der hohen Komplexität der Versorgung gerecht zu werden (Deutscher Pflegerat e.V., 2023). Modelle der Personalbemessung wie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) geben Mindestbesetzungen vor, berücksichtigen jedoch nicht immer differenziert den Qualifikations-Mix. Kliniken sind daher gefordert, über die gesetzlichen Mindeststandards hinaus einen funktionalen und qualitativ hochwertigen Skill- und Grade-Mix zu etablieren, der sich an der Morbidität, dem Schweregrad und dem Behandlungsbedarf der Patient:innen orientiert.

Ein gut abgestimmter Skill- und Grade-Mix wirkt sich nachweislich positiv auf die Ergebnisqualität aus. Internationale Studien zeigen, dass ein höherer Anteil spezialisierter und akademisierter Pflegekräfte mit einer reduzierten Mortalität, einer geringeren Rate an Komplikationen, wie beatmungsassoziierten Pneumonien oder zentralvenösen Katheter-Infektionen, sowie einer höheren Patient:innensicherheit einhergeht (Aiken et al., 2014; Boev & Xia, 2015; Lailawidar et al., 2022). Darüber hinaus verbessert ein klar definierter Skill-Mix die Arbeitsorganisation, erhöht die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und fördert nachhaltige Bildungsstrukturen innerhalb der Intensivpflege (Baek et al., 2023; Ylitörmänen et al., 2019).

## 6.3 Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Intensivpflege

Die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit stellt einen zentralen Pfeiler der intensivpflegerischen Versorgung dar. Aufgrund der hohen Komplexität, Dynamik und Vulnerabilität der Patient:innensituationen auf Intensivstationen ist eine koordinierte Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen unerlässlich. Fachpflegepersonen für Intensiv- und Anästhesiepflege übernehmen

hierbei eine Schlüsselrolle, da sie aufgrund ihrer Spezialisierung sowohl klinisch-praktische Expertise als auch organisationsbezogene Koordinationskompetenzen einbringen. Die Zusammenarbeit findet auf zwei Ebenen statt: innerhalb der Pflege (intraprofessionell) sowie im Zusammenspiel mit anderen Gesundheitsprofessionen (interprofessionell).

### 6.3.1 Intraprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Pflege

Innerhalb der Pflege umfasst die Zusammenarbeit die koordinierte Interaktion zwischen Pflegeassistenz, generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen, Fachpflegekräften und akademisch qualifizierten Pflegeexpertinnen und -experten. Fachpflegekräfte fungieren innerhalb dieser Struktur häufig als Bindeglied zwischen Basisversorgung und hochspezialisierter Intensivtherapie. Sie übernehmen eine leitende Rolle bei komplexen pflegerischen Prozessen, beispielsweise im Beatmungs-, Hygiene- oder Sedierungsmanagement und sind in der Lage, klinische Veränderungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Darüber hinaus übernehmen sie wichtige Aufgaben in der Anleitung, Schulung und Supervision von Berufsanfängern sowie Auszubildenden. Die intraprofessionelle Zusammenarbeit basiert dabei auf klaren Kompetenzprofilen und Delegationsstrukturen, wie sie durch das PflBG, die Weiterbildungsverordnungen der Länder sowie innerbetriebliche Scopes of Practice definiert werden. Eine funktionierende intraprofessionelle Arbeitskultur erhöht die Versorgungskontinuität, fördert die fachliche Entwicklung aller Teammitglieder und trägt wesentlich zu einer sicheren sowie resilienten Stationsorganisation bei (Ahmed et al., 2025; Al-Ajarmeh et al., 2022; Baek et al., 2023; Fröhlich et al., 2021; Moussa et al., 2022; Nobahar et al., 2023).

### 6.3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Intensivstationen umfasst die strukturierte Kooperation zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen, Sozialdienst, Psycholog:innen, klinischen Pharmazeut:innen, Atmungstherapeut:innen sowie technischen Fachdiensten (siehe auch z.B. Qualitätsindikator 1 der DIVI, Kumpf et al., 2023). Diese Kooperation ist integraler Bestandteil der modernen Intensivmedizin und findet in vielfältigen Formaten statt. Dazu gehören interprofessionelle Visiten, fallbezogene Besprechungen, gemeinsame Qualitätszirkel sowie Notfallsimulationen. Fachpflegepersonen sind hierbei gleichberechtigte Partner im klinischen Entscheidungsprozess. Sie leisten durch kontinuierliche Überwachung, klinische Einschätzung und

evidenzbasierte Pflege einen wesentlichen Beitrag zu diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen. Die WHO (2010) betont in ihrem „Framework for Interprofessional Education and Collaborative Practice“ die Bedeutung gemeinsamer Verantwortung, geteilter Entscheidungsfindung und offener Kommunikation. Dies sind Prinzipien, die im intensivmedizinischen Setting unmittelbar zur Erhöhung der Patient:innensicherheit beitragen (Gilbert et al., 2010).

Ein zentrales Element interprofessioneller Zusammenarbeit ist die gemeinsame Steuerung kritischer Situationen, beispielsweise im Rahmen von Reanimationen, Schockraumversorgung oder perioperativen Übergaben. Strukturiertes Vorgehen anhand etablierter Kommunikationsstandards nach Situation, Background, Assessment und

Recommandation (SBAR/ISBAR), klare Rollenverteilungen nach Crew-Resource-Management (CRM) und regelmäßige Simulationstrainings stärken die Teamdynamik und reduzieren Fehlerwahrscheinlichkeiten. Fachpflegepersonen übernehmen

hierbei häufig die Rolle der operativen Koordinationspersonen, insbesondere in Phasen hoher Belastung oder klinischer Instabilität (Aloraibi & aljamman, 2016; Bhamidipati et al., 2016; Reeves et al., 2017; Zwarenstein et al., 2009).

## 6.4 Bedeutung für Qualität und Patient:innensicherheit

Eine gut funktionierende intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit führt nachweislich zu einer Verbesserung klinischer Outcomes, einer effizienteren Ressourcennutzung und einer Reduktion von Komplikationen wie Delir, Beatmungsassozierten Pneumonien oder Medikationsfehlern (Falk, 2023; Isfort, 2013; Penoyer, 2010; Rae et al., 2021). Internationale Studien zeigen, dass Teams mit klaren Kommunikationsstrukturen und gemeinsam

getragenen Entscheidungsprozessen eine signifikant höhere Versorgungssicherheit gewährleisten (Böll et al., 2022; Meester et al., 2013; Wang et al., 2022). Gleichzeitig trägt interprofessionelle Kooperation zur beruflichen Zufriedenheit der Mitarbeitenden bei, da sie Transparenz, Wertschätzung und gegenseitiges Vertrauen fördert (Fleischhauer et al., 2024; Labrague et al., 2022).

## 7. Theoretische Fundierung des Scope of Practice als Professionalisierungsinstrument

Die Bedeutung eines klar definierten Scope of Practice für die Professionalisierung der Pflege lässt sich durch verschiedene theoretische Perspektiven untermauern. In professionssoziologischer Hinsicht gilt der Scope of Practice als zentrales Strukturmerkmal einer Profession, da er die Abgrenzung des beruflichen Zuständigkeitsbereichs, die Legitimation fachlicher Expertise und die Autonomie im beruflichen Handeln festlegt. Abbott (Abbott, 1988) beschreibt in seiner Theorie der Professionen, dass berufliche Gruppen ihre Handlungsdomänen durch „jurisdictional claims“ sichern. Ein rechtlich verankerter Scope of Practice kann somit einen zentralen Mechanismus darstellen, mit dem Pflegefachpersonen Zuständigkeiten für definierte Aufgabenbereiche geltend machen und absichern. Auch pflegewissenschaftliche Theorien betonen die Notwendigkeit klar definierter Verantwortungsbereiche. Nach Benner (2017) entfaltet klinische Expertise im Rahmen der Kompetenzentwicklung erst dann ihre praktische Wirksamkeit, wenn Pflegefachpersonen über ausreichende autonome Handlungsspielräume verfügen, die es ihnen ermöglichen, komplexe klinische Situationen professionell zu bewerten und verantwortungsbewusst zu intervenieren. (Benner (2017)

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive trägt ein erweiterter Scope of Practice zur Effizienzsteigerung im Versorgungssystem bei. Studien aus Ländern mit etablierten Advanced-Practice-Rollen (Donald et al., 2013; Kilpatrick et al., 2013; Martin-Misener et al., 2015) zeigen, dass die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen zu einer verbesserten Versorgungsqualität, kürzeren Wartezeiten und einer Entlastung ärztlicher Ressourcen führt (Butler et al., 2026). Diese Erkenntnisse stützen die Annahme, dass die Erweiterung des Scope of Practice nicht nur professionspolitisch, sondern auch systemisch relevant ist. Der Scope of Practice erfüllt zudem eine zentrale Funktion im Rahmen der Professionalisierungstheorie nach Oevermann (1996/2017). Professionelles Handeln zeichnet sich demnach durch die Bearbeitung komplexer, ungewisser und existenziell bedeutsamer Situationen aus – ein Charakteristikum, das insbesondere in der Intensivpflege ausgeprägt ist. Damit Pflegefachpersonen diesen Anforderungen gerecht werden können, benötigen sie einen normativ und rechtlich abgesicherten Handlungsrahmen, der ihre Expertise anerkennt und ihre Entscheidungsbefugnisse klar definiert.

Schließlich lässt sich der Scope of Practice auch bildungstheoretisch verorten. Moderne Kompetenzmodelle, etwa das Kompetenzverständnis des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) oder das ICN-Framework for Nursing Practice, betonen, dass berufliche Handlungskompetenz immer an definierte Verantwortungsbereiche gekoppelt ist. Ein klarer Scope of Practice bildet somit die Grundlage für curricular verankerte Kompetenzentwicklung, für die Gestaltung von Weiterbildungsstrukturen und für die Qualitätssicherung in der pflegerischen Praxis.

Insgesamt zeigt sich, dass der Scope of Practice nicht nur ein administratives oder juristisches Instrument ist, sondern ein theoretisch breit abgestütztes Element der Professionalisierung. Er stärkt die Autonomie der Pflegefachpersonen, schafft Klarheit über Verantwortungsbereiche, fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei.

Die Professionalisierung der Pflege lässt sich theoretisch im Kontext professionssoziologischer Ansätze verorten. Nach Abbott (1988) definieren sich Professionen insbesondere durch:

- Exklusives Expert:innenwissen
- Autonomie in der Entscheidungsfindung
- Gesellschaftliche Legitimation.

Der Scope of Practice stellt in diesem Zusammenhang ein zentrales Instrument dar, um diese Merkmale sichtbar und operationalisierbar zu machen. Darüber hinaus kann der Scope of Practice im Sinne des Capability-Ansatzes nach Sen (1985, 2001) interpretiert werden, da er die realen Handlungsmöglichkeiten (Capabilities) von Pflegefachpersonen beschreibt und erweitert.

## 8. Anhang

Anforderungen DQR	Anforderungen an Pflegefachpersonen	GradeMix Intensivstation
<b>4</b> <b>Duale Berufsausbildung</b> <b>(3- und 3-1/2-jährige Ausbildung)</b> Berufsfachschule (Assistenzberufe) Berufsfachschule (vollqualifizierende Berufsausbildung)	Kompetenzen zur <b>selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen</b> in einem umfassenden, sich veränderndem Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld	Pflegefachperson
<b>5</b> <b>Qualifikation der beruflichen Aufstiegsfortbildung</b>	Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung <b>umfassender</b> fachlicher Aufgabenstellungen in einem <b>komplexen, spezialisierten</b> , sich veränderndem Lernbereich oder beruflichen Arbeitsfeld	Praxisanleiter
<b>6</b> <b>Bachelor Fachschule – 2-jährige Fachweiterbildung nach Landesrecht (staatl. anerk. Berufsabschluss)</b> Fachwirt (geprüfter) Meister (geprüfter)	Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und <b>Auswertung</b> von umfassenden fachlichen Aufgaben- und <b>Problemstellungen</b> , sowie die <b>eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches</b> oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld... <b>Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.</b>	Pflegefachperson Bachelorabschluss Nursing B.Sc., B.A. oder Pflegefachperson mit Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie
<b>7</b> <b>Master Strategischer Professional</b>	Kompetenzen zur Bearbeitung von <b>neuen komplexen</b> Aufgaben- und Problemstellungen, sowie die eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen in <b>einem wissenschaftlichen Fach</b> oder in einem <b>strategieorientierten</b> beruflichen Tätigkeitsfeld... Die Anforderungsstruktur ist durch häufige <b>und unvorhergesehene Veränderungen</b> gekennzeichnet.	Masterabschluss M.Sc.  Advanced Practice Nursing
<b>8</b> <b>Akademischer Doktorgrad (Dr.) Doctor of Philosophy (Ph. D.)</b>	Kompetenzen, die zur <b>Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach</b> oder zur <b>Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld</b> benötigt werden. Die Anforderungsstruktur ist durch <b>neuartige und unklare Problemlagen</b> gekennzeichnet.	Pflegefachperson mit Promotion

Tabelle 2: DQR Stufen mit Zuordnung des Grade-Mix der Intensivpflege

## 9. Literaturverzeichnis

- AACN. (2015). *AACN Scope and Standards for acute and critical care Nursing Practice*.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor. The system of professions: An essay on the division of expert labor*. The University of Chicago Press. <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/S/bo5965590.html>
- Ahmed, F. R., Khaiwa, L., Mustafaalsaafin, H., Aldraimli, H. I. F., Imran, T. G. T., Al-Yateem, N., Ahmad, A., Hammash, M., Subu, M. A., Mottershead, R. & Aburuz, M. E. (2025). Multicultural Nursing Team in ICU: Intraprofessional Collaboration and Job Performance. *Nursing Forum*, 2025(1), Artikel 2541827. <https://doi.org/10.1155/nuf/2541827>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Al-Ajarmeh, D. O., Rayan, A. H., Eshah, N. F. & Al-Hamdan, Z. M. (2022). Nurse-nurse collaboration and performance among nurses in intensive care units. *Nursing in critical care*, 27(6), 747–755. <https://doi.org/10.1111/nicc.12745>
- Aloraibi, S. & aljamman, K. (2016). The Impact of Physician-Nurse Communication on Nurses' Satisfaction at Tertiary Referral Hospital Critical Care Unit. *International Journal of Scientific Research*, 5, 276–279.
- Baek, H., Han, K., Cho, H. & Ju, J. (2023). Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 433. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01592-3>
- Bartholomeyczik, S. Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In *Kreutzer (Hg.) 2010 – Transformationen pflegerischen Handelns* (S. 133–154).
- Benner, P. (2017). *Stufen zur Pflegekompetenz*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85771-000>
- Bensch, S. (2018). Grade- und Skillmix — was steckt dahinter? *Pflegezeitschrift*, 71(9), 18–22. <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0675-6>
- Berkemeyer, F., Blanck-Köster, K., Cornelis, B., Denhof, M., Gaidys, U [Uta], Kühn, I., Strunk, H., Stolecki, D. & Ullrich, L. (2024). *DGF Ethik-Kodex: für die Fachkrankenpflege und Funktionsdienste*. [https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Ethikkodex-der-DGF\\_2024.pdf](https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/Ethikkodex-der-DGF_2024.pdf)
- Bhamidipati, V. S., Elliott, D. J., Justice, E. M., Belleh, E., Sonnad, S. S. & Robinson, E. J. (2016). Structure and outcomes of interdisciplinary rounds in hospitalized medicine patients: A systematic review and suggested taxonomy. *Journal of hospital medicine*, 11(7), 513–523. <https://doi.org/10.1002/jhm.2575>
- Blanck-Köster, K. Advanced Nursing Practice: Experten für den Wandel. In *Kuckelt, Werner; Tonner, Peter H. Jahrbuch Intensivmedizin 2017* (S. 11–21). (Erstveröffentlichung 2017)
- Blanck-Köster, K., Becker, T., Gaidys, U [U.], Keienburg, C., Kaltwasser, A [A.] & Schäfer, A [A.] (2018). Wissenschaftliche Weiterentwicklung in der Intensivpflege : Positionspapier [Scientific development of critical care : Position paper]. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113(8), 672–675. <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0496-9>
- Blanck-Köster, K., Roes, M. & Gaidys, U [Uta] (2020). Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice) : Ein Scoping-Review [Clinical leadership competencies in advanced nursing practice : Scoping review]. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 115(6), 466–476. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00716-w>
- Boev, C. & Xia, Y. (2015). Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care. *Critical care nurse*, 35(2), 66–72. <https://doi.org/10.4037/ccn2015809>
- Böll, B., Naendrup, J.-H., Reifarth, E. & Borrega, J. G. (2022). Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation im Team [Interdisciplinary and interprofessional communication in intensive and emergency care]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117(8), 588–594. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00955-z>
- Buchan, J. & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of clinical nursing*, 17(24), 3262–3268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02636.x>
- Bundesinstitut für Berufsbildung. (2023). *Fortbildungsordnungen und wie sie entstehen*. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19197>
- Butler, M., Kirwan, M., Mc Carthy, V. J., Cole, J. A. & Schultz, T. J. (2026). Substitution of nurses for physicians in the hospital setting for patient, process of care, and economic outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD013616. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013616.pub2>
- Curley, M. A. Q., Zalon, M. L., Seckel, M. A., Alexandrov, A. W., Sorce, L. R., Kalvas, L. B., Hooper, V. D., Balas, M. C., Vollman, K. M., Carr, D. S., Good, V. S., Latham, C. L., Carrington, J. M., Hardin, S. R. & Odom-Forren, J. (2024). Call to action: Blueprint for change in acute and critical care nursing. *Nursing outlook*, 72(6), 102271. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102271>
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J. & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International journal of nursing studies*, 134, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>
- Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. OECD Health Working Papers No. 54. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en> <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Deutscher Pflegerat e.V. (2023). *Expert:innenpapier „Pflegerische Personalbemessung auf den Intensivstationen und angrenzenden Bereichen“*. [https://deutscher-pflegerat.de/download/expert\\_innenpapier\\_personalbemessung\\_intensivstationen\\_final\\_fb\\_24.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/expert_innenpapier_personalbemessung_intensivstationen_final_fb_24.pdf)
- Diamond-Fox, S. & Bone, H. (2021). Advanced practice: critical thinking and clinical reasoning. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(9), 526–532. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.9.526>
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N. & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2148–2161. <https://doi.org/10.1111/jan.12140>
- Falk, A.-C. (2023). Nurse staffing levels in critical care: The impact of patient characteristics. *Nursing in critical care*, 28(2), 281–287. <https://doi.org/10.1111/nicc.12826>
- Fleischhauer, T., Biehler, E., Michels, J. D., Trudzinski, F., Schubert-Haack, J., Forstner, J., Schneider, A., Kempa, A., Joves, B., Neurohr, C., Herth, F. J. F., Szecsenyi, J. & Wensing, M. (2024). *Interprofessional cooperation and job satisfaction in German intensive care units - a cross-sectional survey within the PRiVENT project*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4599849/v1>
- Fröhlich, M. R., Rettke, H., Conca, A. & Boden, K. (2021). Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit in Krisensituationen auf der Intensivstation am Beispiel von COVID-19. *Pflege*, 34(5), 251–262. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000821>
- Füeßl, H. & Middeke, M. (Hrsg.). (2022). *Duale Reihe. Anamnese und klinische Untersuchung* (7., überarbeitete Auflage). Thieme.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4031/QBAA-RL\\_2025-12-03\\_iK-2026-01-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4031/QBAA-RL_2025-12-03_iK-2026-01-01.pdf)
- Genz, K. & Gahlen-Hoops, W. von. (2026). *BAPID II: Rollenprofile und Berufsbilder* (2. Aufl.). [https://deutscher-pflegerat.de/download/bapid\\_ii\\_2\\_auf\\_2026\\_genz\\_gahlen-hoops.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/download/bapid_ii_2_auf_2026_genz_gahlen-hoops.pdf)
- Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) (1939 & i.d.F.v. 2016). <https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html>

- Gießen-Scheidel, M., Bredthauer, C., Claus, A., Gnass, I. & Monke, S. (2014). Das AACN Synergy Model. *intensiv*, 22(01), 8–14. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1363484>
- Gilbert, J. H. V., Yan, J. & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of allied health*, 39 Suppl 1, 196–197.
- Graber, M. L., Rencic, J., Ruzs, D., Papa, F., Croskerry, P., Zierler, B., Harkless, G., Giuliano, M., Schoenbaum, S., Colford, C., Cahill, M. & Olson, A. P. J. (2018). Improving diagnosis by improving education: a policy brief on education in healthcare professions. *Diagnosis (Berlin, Germany)*, 5(3), 107–118. <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0033>
- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information and libraries journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. & O'Grad, E. T. (Hrsg.). (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5. ed.). Elsevier/Saunders.
- Higgs, J., Jones, M. A., Loftus, S. & Christensen, N. (Hrsg.). (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3. ed.). Elsevier Butterworth Heinemann; Elsevier Churchill Livingstone.
- ICN. (2013). *Scope of nursing practice*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/B07\\_Scope\\_Nsg\\_Practice.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf)
- ICN (Hrsg.). (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020* (Bd. 2020). [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
- Isfort, M. (2013). Einfluss der Personalausstattung auf Pflege und Patientenversorgung in deutschen Intensivstationen. Deskriptive Studie zu Aspekten der Patientensicherheit und Belastungsindikatoren der Pflege [Influence of personnel staffing on patient care and nursing in German intensive care units. Descriptive study on aspects of patient safety and stress indicators of nursing]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 108(1), 71–77. <https://doi.org/10.1007/s00063-012-0207-x>
- Kaltwasser, A [Arnold], Dubb, R., Pelz, S., Hermes, C. & Stolecki, D. (2024). Intensivpflege. In G. Marx, E. Muhl, K. Zacharowski & S. Zeuzem (Hrsg.), *Springer Reference Medizin. Die Intensivmedizin* (S. 49–58). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-68699-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-68699-7_5)
- Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R. & Carter, N. (2013). Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: results of a national survey. *International journal of nursing studies*, 50(11), 1524–1536. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.005>
- Klemme, B. & Siegmann, G. (Hrsg.). (2015). *Physiofachbuch. Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag.
- Kumpf, O., Assenheimer, M., Bloos, F., Brauchle, M., Braun, J.-P., Brinkmann, A., Czorlich, P., Dame, C., Dubb, R., Gahn, G., Greim, C.-A., Gruber, B., Habermehl, H., Herting, E., Kaltwasser, A [Arnold], Krotsetis, S., Kruger, B., Markewitz, A., Marx, G., . . . Riessen, R. (2023). Quality indicators in intensive care medicine for Germany - fourth edition 2022. *German medical science : GMS e-journal*, 21, Doc10. <https://doi.org/10.3205/000324>
- Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R. & Burney, I. (2022). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of nursing management*, 30(1), 268–278. <https://doi.org/10.1111/jonm.13491>
- Lailawidar, Sahputra, I., Nurjannah & Marthoenis, M. (2022). Health Workers Compliance Towards Infection Prevention and Control in Indonesia. *International Journal of Nursing Education*, 14, 88–98. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i1.17756>
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., Alexander, M. & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*, 11(12), e052899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>
- Lyn, S. L. (2007). Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege [The role of the physical examination in clinical assessment: a useful skill for professional nursing]. *Pflege*, 20(4), 185–190. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.20.4.185>
- Maier, C. B. & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R. & DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*, 5(6), e007167. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167>
- Meester, K. de, Verspuy, M., Monsieurs, K. G. & van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192–1196. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>
- Meyer, G. & Friesacher, H. (1993). Die Anwendung eines Pflegekonzeptes als Grundlage der Weiterbildung in der Intensivpflege. *intensiv*, 1993(1), 88–94.
- Monke, S., Bredthauer, C., Claus, A., Gnass, I. & Gießen-Scheidel, M. (2018). Das AACN-Synergy Modell – ein konzeptueller Rahmen klinischer Exzellenz. *Pflege & Gesellschaft*, 23, 101–172. [https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/10/PG-2\\_2018.pdf](https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/10/PG-2_2018.pdf)
- Moussa, F. L., Moussa, M., Sofyani, H. A., Alblowi, B. H., Oqdi, Y. A., Khallaf, S., Alharbi, H. S. & Albarqi, A. (2022). Attitudes of Critical Care Nurses towards Teamwork and Patient Safety in Saudi Arabia: A Descriptive Cross-Sectional Assessment. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(10). <https://doi.org/10.3390/healthcare10101866>
- Neumann-Ponesch, S. & Leoni-Scheiber, C. (Hrsg.). (2020). *Advanced Nursing Practice: Verstehen - anwenden - umsetzen* (1. Auflage). facultas.
- Nobahar, M., Ameri, M. & Goli, S. (2023). The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. *BMC Nursing*, 22(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01400-y>
- Nordick, C. L. (2020). Integrating strategies for improving diagnostic reasoning and error reduction. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(5), 366–372. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000464>
- OECD. (2020). *OECD Health Policy Studies Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
- Oevermann, U. (2017). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1230. Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (Neunte Auflage, 9. Auflage, S. 70–182). Suhrkamp. (Erstveröffentlichung 1996)
- Penoyer, D. A. (2010). Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Critical care medicine*, 38(7), 1521-8; quiz 1529. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47888>
- Rae, P. J. L., Pearce, S., Greaves, P. J., Dall'Ora, C., Griffiths, P. & Endacott, R. (2021). Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: A systematic review. *Intensive & critical care nursing*, 67, 103110. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103110>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J. & Stewart, D. (2020). Guidelines on advanced practice nursing 2020. International Council of Nurses. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities. Lectures in economics Professor Dr. P. Hennipman: Bd. 7*. North-Holland.

Sen, A. (2001). *Development as freedom*. Oxford University Press. <https://search.ebscohost.com/x?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2089308>

Smith, S. K., Benbenek, M. M., Bakker, C. J. & Bockwoldt, D. (2022). Scoping review: Diagnostic reasoning as a component of clinical reasoning in the U.S. primary care nurse practitioner education. *Journal of advanced nursing*, 78(12), 3869–3896. <https://doi.org/10.1111/jan.15414>

Stock, C. (2021). *Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Stock\\_Gutachten\\_Heilpraktikerrecht\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Stock_Gutachten_Heilpraktikerrecht_bf.pdf)

Tracy, M. F., O’Grady, E. T., Phillips, S. J., Hamric, A. B. & Hanson, C. M. (2023). *Hamric & Hanson’s advanced practice nursing: An integrative approach* (Edition 7). Elsevier.

Twigg, D. E., Kutzer, Y., Jacob, E. & Seaman, K. (2019). A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *Journal of advanced nursing*, 75(12), 3404–3423. <https://doi.org/10.1111/jan.14194>

Twigg, D. E., Whitehead, L., Doleman, G. & El-Zaemey, S. (2021). The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 77(12), 4599–4611. <https://doi.org/10.1111/jan.14909>

Wang, L., Ma, Y.-J., Chen, X.-T., Zhang, J. & Liu, T. (2022). The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation technique. *Frontiers in public health*, 10, 1029573. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1029573>

Waydhas, C., Deininger, M., Dubb, R., Hoffmann, F., van den Hooven, T., Janssens, U., Kaltwasser, A [Arnold], Markewitz, A. & Pelz, S. (2024). Interprofessionelle Handlungsfelder in der Intensivmedizin – Empfehlungen der DIVI [Not Available]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 149(7), 400–406. <https://doi.org/10.1055/a-2246-9536>

Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A., Hoffmann, F., Frey, L., Böttiger, B. W., Brenner, S., Brenner, T., Deffner, T., Deininger, M. M., Janssens, U., Kluge, S., Marx, G., Schwab, S., Unterberg, A., Walcher, F. & van den Hooven, T. (2023). DIVI-Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene) [DIVI-Recommendations on the infrastructure of adult intensive care units]. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118(7), 564–575. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01021-y>

Weidner, F. & Schubert, C. (Hrsg.) (2022). *Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis: Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege–Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH.

West, M. A., Eckert, R., Steward, K. & Pasmore, W. A. (2014). *Developing collective leadership for health care / by Michael West, Regina Eckert, Katy Steward, Bill Pasmore*. The King’s Fund.

Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S. & Kvist, T. (2019). Good nurse-nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing open*, 6(3), 998–1005. <https://doi.org/10.1002/nop2.279>

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*(3), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

## 10. Abkürzungsverzeichnis

AACN	American Association of Critical-Care Nurses
ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurses
APN	Advanced Practice Nursing
BAPID	Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland
BEEP	Befugniserweiterungsgesetz (Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege)
CNS	Clinical Nurse Specialist
CR	Clinical Reasoning
CRP	Clinical Reasoning Process
CRM	Crew-Resource-Management
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DIVI	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
DR	Diagnostic Reasoning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeilprG	Heilpraktikergesetz
ICN	International Council of Nurses
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PpUGV	Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung
SBAR/ISBAR	Strukturierte Übergabe/Kommunikationsmodell nach Situation, Background, Assessment und Recommendation
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

## 11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Entwicklung und Veränderung der Abbildung der Ergebnisse der Intensivpflege (Curley et al., 2024)
-------------	---

## 12. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Qualifikationsabhängige Handlungsfelder im Grade-Mix der Intensivpflege
Tabelle 2	DQR-Stufen mit Zuordnung des Grade-Mix der Intensivpflege

Projektgruppe Pflegewissenschaft / Vorstand DGF

Autor: innen

Christa Keienburg  
Katrín Blanck-Köster  
Sabrina Pelz  
Michaela Denhof  
Jessica Kilian  
Oliver Coolens  
Arnold Kaltwasser

Maria Kortgen  
Dominik Zergiebel  
Steffen Brodowski  
Anke Huth  
Tobias Becker

(Stand 21.05.2026)