

## Auswertungsbericht

### Auswertung der Stellungnahmen im Rahmen der Anhörung 2011 der Entwicklungskommission RLP NDS HF AIN zum Entwurf der Empfehlungen Lernorte Praxis

<b>1. Ausgangslage .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Eingegangene Stellungnahme .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Gesamtbeurteilung.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Informationen zum Aufbau des Dokuments.....</b>	<b>4</b>
<b>5. Auswertung .....</b>	<b>6</b>
<b>5.1 Stellungnahmen Personelle Anforderungen: Kap. 4.1, 5.1, 6.1 .....</b>	<b>6</b>
<b>5.2 Anästhesiepflege: Stellungnahmen Anforderungen an die Praxissituation – Kap. 4.2 und 4.3 .....</b>	<b>23</b>
<b>5.2.1 Anpassungen Anästhesiepflege.....</b>	<b>32</b>
<b>5.3 Intensivpflege: Stellungnahmen Anforderungen an die Praxissituation – Kap. 5.2 und 5.3 .....</b>	<b>34</b>
<b>5.3.1 Anpassungen Intensivpflege .....</b>	<b>46</b>
<b>5.4 Notfallpflege: Stellungnahmen Anforderungen an die Praxissituation – Kap. 6.2 und 6.3 .....</b>	<b>48</b>
<b>5.4.1 Anpassungen Notfallpflege .....</b>	<b>57</b>

## 1. Ausgangslage

Gemäss dem neuen Rahmenlehrplan (RLP) für die Nachdiplomstudiengänge (NDS) der höheren Fachschulen (HF) der Fachrichtungen Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege (AIN) trägt der Bildungsanbieter die Verantwortung für das NDS HF AIN und damit auch für die Lernorte Praxis. Aufgrund zahlreicher Anfragen seitens der betroffenen Kreise hat die für den RLP zuständige Entwicklungskommission RLP NDS HF AIN (EK RLP AIN) in den vergangenen Monaten zuhanden der Bildungsanbieter eines NDS HF AIN Grundlagen für die Überprüfung und Anerkennung der Lernorte Praxis (Richtlinien) entworfen.

Die Richtlinien präzisieren und ergänzen den Wortlaut des RLP NDS HF AIN und bezwecken eine einheitliche Interpretation des Rahmenlehrplans im Hinblick auf eine gesamtschweizerische Harmonisierung der Anforderungen an die Lernorte Praxis. Sie bilden eine einheitliche Grundlage für die vertragliche Regelung der Zusammenarbeit zwischen den Bildungsanbietern und den Lernorten Praxis.

Die Anhörung diente dazu, die breite Abstützung sowie insbesondere die Umsetzbarkeit der Richtlinien vor deren Verabschiedung zuhanden der Bildungsanbieter sicherzustellen.

Nach Freigabe eines Entwurfs der Richtlinien durch die EK RLP AIN am 23. Februar 2011 hat das Sekretariat der Kommission (Geschäftsstelle OdASanté) zwischen dem 3. März und dem 5. Mai 2011 eine Anhörung durchgeführt, die mit diesem Bericht ausgewertet wird.

## 2. Eingegangene Stellungnahmen

Der Entwurf der Richtlinien Lernorte Praxis AIN ist folgenden Organisationen zur Stellungnahme unterbreitet worden:

- Interessengemeinschaften und Fachgesellschaften AIN (SIGA, IGIP, SIN sowie SGAR, SGI, SGNOR)
- Mitgliederorganisationen OdASanté (H+, CURAVIVA Schweiz, Spitex Verband Schweiz, GDK, SVBG)
- Kantonale Organisationen der Arbeitswelt Gesundheit
- Bildungsanbieter eines NDS HF AIN

Acht Organisationen haben beim Sekretariat der EK RLP AIN eine konsolidierte Stellungnahme eingereicht. Bei den anderen erhaltenen Rückmeldungen handelt es sich um Stellungnahmen von einzelnen Institutionen, Abteilungen oder Personen. Insgesamt wurden 67 Stellungnahmen von den folgenden Organisationen/Institutionen/Abteilungen/Personen eingereicht;

### Konsolidierte Stellungnahmen

<b>H+</b>	Spitalzentrum Oberwallis	SRO Spital Langenthal
<b>GDK</b>	Höhere Fachschule Z-INA	Regionalspital Emmental
<b>SBK</b>	Kantonsspital URI	Spital Interlaken
<b>SIGA</b>	Spital Schwyz	HFGZ
<b>SGNOR</b>	Kantonsspital Nidwalden	Luzerner Kantonsspital
<b>KOGS</b>	Universitätsspital Basel	Hirslanden Klinik St. Anna
<b>ZIGG</b>	Kantonsspital Liestal	Solothurner Spitäler
<b>OrTra SSVs</b>	Kantonsspital Bruderholz	Spitalzentrum Biel
	Kantonsspital Aarau	Hôpital fribourgeois
	Kantonsspital Baden	EHNV, Site Yverdon les bains

### Einzelstellungennahmen

Kantonsspital St. Gallen	Hirslanden Klinik Aarau	CHUV
Ostschweizer Kinderspital St. Gallen	Spital Zofingen	GHOL Hôpital de Nyon
Kantonsspital Frauenfeld	Unispital Zürich	HUG
Kantonsspital Winterthur	Stadtspital Triemli	Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche
Notfallstation Spital Will	Hirslanden Klinik Zürich	Ente ospedaliero Cantonale
Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Chur	Spital Limmattal	Cardiocentro Tic
Spital Davos	Spital Bülach	
Spital Oberengadin Samedan	Berner Bildungszentrum Pflege	
	Notfallzentrum Inselspital	

### 3. Gesamtbeurteilung

Das Instrument wird von den befragten Institutionen aus den drei Sprachregionen insgesamt sehr begrüsst. Es entspricht einem klaren Bedürfnis, über eine einheitliche Grundlage für die Regelung des Lernorts Praxis zu verfügen. Doch gibt es auch kritische und ablehnende Stimmen, die in Betracht gezogen werden müssen. Die Hauptkritiken lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Anforderungen an die Bildungsverantwortlichen und die BerufsbildnerInnen werden von mehreren Anhörungspartnern als zu restriktiv betrachtet.
- Die quantitative Orientierung (Mindestanzahl Betten, Patient/innen und Allgemeinanästhesien pro Jahr oder Anzahl Erstkonsultationen) stösst teilweise auf harsche Kritik. Verschiedene Anhörungspartner sind der Ansicht, dass dieser quantitative Ansatz weder zeitgemäss noch zielführend ist; statt an konkreten Zahlen, sollen sich die Anforderungen vielmehr an den im Rahmenlehrplan beschriebenen Kompetenzen orientieren.
- Die quantitativen Vorgaben werden zudem als Einengung betrachtet und viele Institutionen befürchten, dass sich kleine und mittelgrosse Spitäler inskünftig – wenn schon – nur mit grossem administrativen und finanziellen Mehraufwand an der Ausbildung im Bereich AIN beteiligen können. Angesichts des erwiesenen Nachwuchsbedarfs dürfen keine unnötigen Hürden zur Bereitstellung von Ausbildungsplätzen geschaffen werden. Im Vordergrund für die Anerkennung der Lernorten Praxis stehen die im RLP NDS HF AIN verankerten Abschlusskompetenzen.

Zahlreiche Rückmeldungen sprechen dafür, dass das Instrument nicht als „Richtlinien“ sondern als „Empfehlungen“ bezeichnet wird. Das Instrument trägt zur gesamtschweizerischen Harmonisierung der Anforderungen an den Lernort Praxis wesentlich bei. Es stützt sich auf eine bewährte Praxis und stellt damit auch einen Qualitätsstandard für die Einführung der NDS HF AIN dar. Der Status von Empfehlungen lässt jedoch einen gewissen Ermessenraum offen und ermöglicht die Berücksichtigung von spezifischen organisationsbedingten oder regionalen Belangen.

### 4. Aufbau des Auswertungsberichts

Die Auswertung der Stellungnahmen betreffend der personellen Anforderungen (Tabelle 1) und der fachspezifischen Anforderungen (Tabellen 1, 2, 3) wird wie folgt dargestellt .

- In der ersten Spalte (links) sind die Teilnehmer der Anhörung aufgeführt. Die Anhörungssteilnehmer, die eine konsolidierte Stellungnahme ihrer Mitglieder eingereicht haben, sind **fett** aufgeführt.
- In der zweiten Spalte sind übereinstimmende Voten zu einzelnen Themen zusammengestellt. Die konsolidierten Stellungnahmen sind in der Schriftart Arial, Schriftgrösse 11, die einzelnen Rückmeldungen in der Schriftart Arial, Schriftgrösse 9, aufgeführt.
- Die dritte Spalte stellt eine Zusammenfassung der verschiedenen Rückmeldungen dar.

- In der vierten Spalte sind die getroffenen Lösungen der EK RLP AIN aufgeführt. Ein ✓ bedeutet, dass die Anregungen angenommen wurden. Konnten die Rückmeldungen nicht aufgenommen werden, so wird die Ablehnung kurz begründet.
- Die Kapitel 5.2.1, 5.3.1 und 5.4.1 zeigen im Korrekturmodus, welche Anpassungen im Text vorgenommen worden sind.

## 5 Auswertung

### 5.1 Stellungnahmen Personelle Anforderungen: Kap. 4.1, 5.1, 6.1

TABELLE 1			
Wer ?	Was?	Zusammenfassung	Beschlüsse der EK RLP AIN
H+	[...] Einige Institutionen, unter anderem auch die Ente Ospedaliero des Kantons Tessin, wünschen, dass das Zahlenverhältnis 2:1 zwischen dem ausgebildeten Fachpersonal und den Auszubildenden überprüft, bzw. präzisiert wird. Das Verhältnis soll sich auf den Stellenplan und nicht auf die einzelnen Schichten beziehen. Letzteres könne nicht durchwegs gewährleistet werden. H+ unterstützt diese Präzisierung.[...]	„Das Zahlenverhältnis Fachpersonal vs. Studierende sollte 2:1 betragen und darf 1:1 nicht unterschreiten.“	√ Der Satz wird gelöscht  <del>„Das Zahlenverhältnis Fachpersonal vs. Studierende sollte 2:1 betragen und darf 1:1 nicht unterschreiten.“</del>
SIGA / Kantonsspital SG	[...] Unter „Zahlenverhältnis Fachpersonal“ ergänzen durch „Das Zahlenverhältnis im Stellenplan von Fachpersonal und Studierenden sollte <i>mind.</i> 2:1...“		
KOGS	Einige Betriebe fordern betreffend Zahlenverhältnis Fachperson vs. Studierende 2:1 noch die Präzisierung, dass sich dieses Verhältnis auf den Stellenplan bezieht und nicht auf die Schichtzusammenarbeit. Sollte sich das Verhältnis auf die Schichtzusammenarbeit beziehen, weisen die Betriebe darauf hin, dass dies nicht immer gewährleistet werden könnte.		
OrTra SSVs	« Le rapport entre le nombre d'experts du domaine et le nombre de personnes en formation dans l'unité est		

	idéalement de 2:1 et ne doit pas être inférieur à 1:1 » S'agit-il d'une dotation globale (équivalent plein temps) ou par horaire ? Il est important de préciser qu'il s'agit d'une dotation globale (équivalent plein temps). Une dotation horaire peut poser beaucoup de problèmes à certains centres.		
Kantonsspital Winterthur	„Das Zahlenverhältnis Fachpersonal vs. Studierende sollte 2:1 betragen und darf 1:1 nicht unterschreiten.“ → Was ist da genau gemeint? Gesamtpersonal pro Schicht? Im Stellenplan?		
Stadtpital Triemli	Zahlenverhältnis Fachpersonal: ist nicht klar wer das Fachpersonal ist. → Vorschlag: genau auflisten wer alles zum Fachpersonal gehört und beschreiben, ob das Verhältnis auf der Schicht oder im Stellenplan gedacht ist.		
CHUV	vous proposez un ratio de 2 :1 entre le nombre d'expert-e-s et le nombre de personnes en formation. → proposition : il nous semble judicieux de spécifier qu'il s'agit du rapport entre le nombre total de collaborateurs qui détient un titre d'expert (ou un titre jugé équivalent) et le nombre de personnes en formation.		
Ente Ospedaliero Cantonale	Non è pure chiaro ed è da precisare cosa s'intende per rapporto esperto/allievo 2:1.		
Kantonsspital St. Gallen	„Das Verhältnis Fachpersonal zu Studierenden“ → Was ist Fachpersonal, dipl. Pflegefachfrau oder dipl. Pflegefachfrau Notfallpflege?		
<b>H+</b>	Die Vorgabe, wonach die Berufsbildner/in pro Studierende/n für mindestens 15% der Arbeitszeit freigestellt werden soll, ist umstritten. Der Grossteil der ablehnenden Betriebe fordert, eine Reduktion auf 10%. Eine	<b>Freistellung der Berufsbildner/innen pro Studierende/n für mindestens 15% der Arbeitszeit = umstritten.</b>	✓ Die Formulierung wird wie folgt abgemildert, um den Betrieben einen gewissen Ermessensraum zu ermöglichen:

	Minderheit schlägt vor, dass die 15% als gemeinsamer Zeitaufwand der Bildungsverantwortlichen und der Berufsbilderinnen verstanden wird. Zu den Vorgaben existierten weitere Vorschläge.	Der Grossteil der ablehnenden Betriebe fordert <b>eine Reduktion auf 10%</b> .	„[Die/der BerufsbildnerIn] verfügt über die entsprechenden zeitlichen Ressourcen, um Studierende zu begleiten sowie die Bildungsaufgaben zu bewältigen; für diese Bildungsaufgaben muss die/der BerufsbildnerIn entsprechend dem Praxiskonzept <del>–aber mindestens zu 15% pro Studierende/n–</del> freigestellt werden; dies entspricht in der Regel 15% pro Studierende/n.“
<b>KOGS</b>	<p>Auf Ablehnung stösst bei den Institutionen insbesondere die Vorgabe, dass die Berufsbildner/in (BB) pro Studierende/n für mindestens 15% der Arbeitszeit freigestellt werden soll. Der Grossteil der ablehnenden Betriebe fordert, dass diese Vorgabe auf 10% reduziert wird. Eine Minderheit möchte, dass die 15% als gemeinsamer Zeitaufwand der Bildungsverantwortlichen (BV) und der BB verstanden wird oder dass die Stellenprozente gar nicht verbindlich festgehalten und flexibel vom jeweiligen Betrieb festgelegt werden.</p> <p>Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Mehrheit der Betriebe mit den personellen Anforderungen einverstanden sind. Die Minderheit fordert, <u>dass die 15% Arbeitszeit</u>, welche die BB pro Studierende/n zur Verfügung haben sollte, <u>nach unten korrigiert oder flexibilisiert</u> wird. Ausserdem sollen die vorausgesetzten berufspädagogischen Qualifikationen für die BB gelockert werden.</p>	Eine Minderheit schlägt vor, dass die 15% als <b>gemeinsamer Zeitaufwand</b> der <b>Bildungsverantwortlichen</b> und der <b>Berufsbilderinnen</b> verstanden wird.	
<b>ZIGG</b>	Der vorgegebene Zeitaufwand für die Berufsbildnerinnen ist unrealistisch, da nicht mehr bezahlbar und nicht notwendig. Die personellen Anforderungen sind zu einschränkend formuliert. Man sollte sich primär an den zu erwerbenden Kompetenzen orientieren und		

	<p>nicht am Zeitaufwand.</p> <p>Die einzelnen Pflegefachpersonen haben im Alltag ebenfalls einen Bildungsauftrag. Über diesen wird ein beachtlicher Teil der Bildungstätigkeit abgehandelt wird. Der Zeitaufwand ist daher zu reduzieren. Die Angaben gemäss bestehendem Rahmenlehrplan reichen aus.</p>		
Kantonsspital Frauenfeld	<p>Eine Freistellung des BV zu 15% pro Studierende/n ist zu hoch gegriffen. Uns erscheint es wichtig, dass der/die BV den Bezug zur Praxis nicht verliert und deshalb auch noch Zeit hat neben seiner/ihrer Tätigkeit als BV auf den Schichten mitzuarbeiten.</p> <p>→ 8 bis 10% Freistellung pro Studierender sollte ausreichend sein, die Studierenden sollten auch Eigenverantwortung tragen Lernsituationen suchen und auch selbständig lernen</p>		
Kantonsspital Baden	<p>Vorschlag Punkt 4.1: Als erster Punkt (noch vor dem Absatz Bildungsverantwortliche) sollte folgender Satz stehen, der sich auf beide Funktionen (Bildungsverantwortliche und Berufsbildnerin) bezieht:</p> <p>„Die/der Bildungsverantwortliche und die/der BerufsbildnerIn verfügen über die entsprechenden zeitlichen Ressourcen, um Studierende zu begleiten sowie die Bildungsaufgaben zu bewältigen; für diese Bildungsaufgaben sind insgesamt (= Anteil von Bildungsverantwortlicher und BerufsbildnerIn zusammen) 15% Arbeitspensum pro Studierende/r einzusetzen.“</p>		
HFGZ	Freistellung: pro 6 Lernende 1 Berufsbildungsstelle		
Luzerner Kantonsspital	Am Lernort Praxis gilt die Regelung, dass sich Alle an der Ausbildung beteiligen. Konkret heisst dies, dass alle Dipl. Fachpersonen sich an der Ausbildung beteiligen und wie es die Tagesschicht vorsieht, die Studierenden gemäss dem Bildungskonzept begleiten		

	und fördern. Es erscheint unrealistisch 15% pro Studierende eine BerufsbildnerIn freizustellen, mit der Anzahl Studierenden eines Grossbetriebes eine finanziell nicht mehr tragbare Regelung.		
Solothurner Spitäler	Seite 5, 4.1: „Freistellung für mindestens 15% pro Studierende/n für Bildungsaufgaben.“ Die Berechnungen der Solothurner Spitäler AG ergaben 10% pro Studierende/n. Die praktische Umsetzung zeigt, dass diese Berechnung realistisch und umsetzbar ist, weil die Studierenden infolge Theorieunterricht, Praktika und Ferien nicht ein volles 100% Pensum auf der Station anwesend sind. Eine Erhöhung des Mindestpensums auf 15% könnte in den Praxisbetrieben eine Reduktion von Ausbildungsplätzen bewirken und wäre somit kontraproduktiv für die Berufsbildung.  → „Für diese Aufgaben stehen der Berufsbildnerin/dem Berufsbildner mindestens 10% Arbeitspensum pro Studierende/n zur Verfügung.“		
Stadtspital Triemli	Die/Der BerufsbildnerIn verfügt über die entsprechenden zeitlichen Ressourcen, um die Studierenden zu begleiten sowie die Bildungsaufgaben zu bewältigen; für diese Bildungsaufgaben muss die/der BerufsbildnerIn entsprechend dem Praxiskonzept – aber mindestens 15% bei 40 Schultagen, resp. 10% bei 41 oder mehr Schultagen pro Studiengang – freigestellt werden.		
CHUV	vous proposez que le responsable de formation pratique soit libéré à 15% par personne en formation. → proposition : Compte tenu de la charge qui incombe à l'employeur et à l'expérience réalisée depuis plus de 30 ans, nous considérons que le Responsable de formation pratique devrait être libéré de 10% de son activité/étudiant en formation, sachant qu'il ne lui incombe pas de réaliser à lui seul l'ensemble des prestations d'encadrement.		
Ente Ospedaliero Cantonale	Per noi non è chiara la questione relativa al 15% come minimo di risorsa da dedicare ad ogni allievo.		

<p>Stadtspital Triemli</p>	<p>Die folgende Formulierung finde ich zu ungenau. „Die Abwesenheit der Studierenden, bedingt durch die theoretischen und praktischen Bildungsteile, wird auf dem Stellenplan an den Lernorten Praxis berücksichtigt“</p> <p>→ Vorschlag: Die Abwesenheit der Studierenden, bedingt durch die theoretischen und praktischen Bildungsteile, wird auf dem Stellenplan an den Lernorten Praxis <i>mit 25% pro 900 Lernstunden (oder 25% pro Studierender)</i> berücksichtigt.</p>	<p>„Die Abwesenheit der Studierenden, bedingt durch die theoretischen und praktischen Bildungsteile, wird auf dem Stellenplan an den Lernorten Praxis berücksichtigt“</p> <p>Die Abwesenheit der Studierenden genauer definieren → <b>Präzisierung wird verlangt</b></p>	<p>√ <b>Neue Formulierung</b></p> <p>„Die Abwesenheit der Studierenden, bedingt durch die theoretischen und praktischen Bildungsteile, wird auf dem Stellenplan an den Lernorten Praxis berücksichtigt; dies entspricht in der Regel 25% eines vollen Pensums.“</p>
<p>Spitalzentrum Biel</p>	<p>„Die Abwesenheit der Studierenden, bedingt durch die theoretischen und praktischen Bildungssteile, wird auf dem Stellenplan an den Lernorten Praxis berücksichtigt.“ → Dies ist Sache des Arbeitgebers, ein konkreter Vorschlag z.B. 70% wäre hilfreich.</p>		
<p><b>H+</b></p>	<p>Ein weiterer Kritikpunkt der ablehnenden Institutionen sind die verlangten berufspädagogischen Qualifikationen der Berufsbildungsverantwortlichen und der Berufsbildnerinnen. Wir verweisen dazu auf die Stellungnahme der KOGS.</p>	<p><b>Die verlangten berufspädagogischen Qualifikationen der BV/BB werden in Frage gestellt.</b></p> <p><b>Vorschlag 1</b> → den Verweis auf diese Weiterbildungen (SVEB I, II; CAS) aus den Empfehlungen <b>streichen</b>.</p>	<p>√</p> <p><b>Vorschlag 1</b> wird angenommen</p> <p>„entspricht <del>SVEB II, CAS</del>“ und „<del>entspricht SVEB I</del>“ wurde gestrichen (ermöglicht die Berücksichtigung anderer Abschlüsse und Formen von berufspädagogischen Qualifikationen)</p>
<p><b>KOGS</b></p>	<p>Ein weiterer Kritikpunkt der ablehnenden Institutionen sind die verlangten berufspädagogischen Qualifikationen der BV und der BB. Die Westschweizer Betriebe weisen darauf hin, dass die für die BV verlangten 300 Lernstunden nicht SVEB II / CAS entsprechen, und verlangen, den Verweis auf diese Weiterbildungen aus den Richtlinien zu streichen. [...]</p> <p>Mehrere Betriebe möchten zudem die berufspädagogischen Voraussetzungen der BB lockern und verlan-</p>	<p><b>Vorschlag 2</b> → Neben dem SVEB I sollten auch weitere Abschlüsse und Weiterbildungen anerkannt werden.</p> <p><b>Ergänzung</b> → „entspricht SVEB I oder einem vergleichbaren Titel“</p> <p><b>Vorschlag 3</b> → Jedes Spital definiert den personellen Aufwand in einem internen Bildungskonzept selber und auf der</p>	

	gen, dass neben dem SVEB I auch weitere Abschlüsse und Weiterbildungen anerkannt werden. In diesem Sinne soll der Zusatz „(entspricht SVEB I oder einem vergleichbaren Titel)“ eingefügt werden. Vor allem kleinere Betriebe kritisieren das SVEB I als Voraussetzung für die BB als zu hoch angesetzt und fordern, dass der Berufsbildner/innenkurs für Lernende vom Kanton als ausreichend anerkannt wird. [...]	Grundlage des RLP.	
<b>SIGA / SBK</b>	SVEB1 durch „oder Aequivalent“ ergänzen (analog RLP)		
<b>OrTra SSVs</b>	Formation FSEA II : il faut faire le FSEA I plus 4 modules ce qui représente, selon les centres de formation, environ 160 heures de cours en présentiel et 304 heures de travail personnel. Un Cas de formateur praticien par exemple représente 150 heures de cours en présentiel et 300 de travail personnel. Le FSEA I lui, selon les centres, correspond au minimum à 91 heures de cours en présentiel et 82 heures de travail personnel. Ceci ne correspond pas au nombre d'heures demandées. Que faire avec les autres diplômes en pédagogie ? Il est important pour juger un titre équivalent d'avoir un cadre qui fixe les équivalences. Ce cadre devrait découler d'un consensus commun sur toute la Suisse.		
HFGZ	Die personellen Anforderungen sind zu einschränkend formuliert und lassen dem Lernort Praxis keinen Spielraum. Gerade in finanziell schwierigen Zeiten müssen Spitäler als eigenständige Betriebe selbständig entscheiden, mit welchem personellen Aufwand sie eine gute Ausbildungsqualität sichern wollen. Aus unserer Sicht		

	<p>reichen die Vorgaben im Rahmenlehrplan (RLP) aus. Das heisst, das Vorhandensein einer Berufsbildnerin/eines Berufsbildners mit entsprechender pädagogischer Weiterbildung zu 100 Lernstunden ist verbindlich und sichert eine geeignete Basis, um eine gute Ausbildungsqualität zu gewährleisten. Die im RLP geforderten 100 Lernstunden (Punkt 5.7.2) entsprechen aber der Berufsbildner/innenausbildung gemäss Berufsbildungsverordnung (BBV) Art. 44 Absatz 1c. und Absatz 2 und nicht einem SVEB 1. Der SVEB 1 Abschluss beinhaltet weit mehr als 100 Lernstunden (91 Präsenzstunden und 165 Lernstunden Selbststudium<sup>1</sup>). Ein grösserer Zeitaufwand für die pädagogische Ausbildung als die im RLP geforderten 100 Lernstunden ist unrealistisch und für die Praxis nicht mehr bezahlbar.</p> <p>→ Vorschlag: Jedes Spital definiert den personellen Aufwand in einem internen Bildungskonzept individuell und auf der Grundlage des RLP.</p>		
Hôpital Fribourgeois	<p>Indiquer le niveau de formation attendu (heures et ou crédits ETCS) et ôter les titres de formations FSEA CAS entre parenthèse (trop restrictif) vu que le volume d'heures précise le niveau de formation.</p>		
CHUV	<p>Concernant toujours « la personne responsable de la formation dans le domaine des soins », à quoi correspondent ces 300 heures de formation ? Vous citez deux exemples forts différents : s'il s'agit d'un CAS de type praticien-formateur, ce certificat représente 150 heures de cours présentiel et 300 heures de travail individuel. S'il s'agit du niveau FSEA II, cela suppose l'acquisition du FSEA I (91h présentiel et 82h de travail individuel auquel s'ajoute le FSEA II qui suppose l'acquisition de 4 modules totalisant 160h de cours présentiel et 304h de travail personnel).</p> <p>→ Proposition : nous proposons de s'en tenir à ce qui est prévu dans le PEC, qui se réfère aux exigences stipulées dans l'OCM ES, soit : Pour le corps enseignant lié au Prestataire de formation : formation didactique et d'une formation à la pédagogie profession-</p>		

## CD PEC AIU

	<p>nelle totalisant: 1800 heures de formation lorsqu'ils exercent leur activité à titre principal ; 300 heures de formation lorsqu'ils exercent leur activité à titre accessoire.</p> <p>Pour les responsables de formation pratique liés aux Lieux de formation pratique, qualification en pédagogie professionnelle de 100 heures.</p>		
Ente Ospedaliero Cantonale	<p>Per la parte relativa ai criteri del "formatore". Gli studenti in formazione post diploma vengono seguiti da persone / colleghi formati ed esperti nell'area di appartenenza. Non siamo concordi che tutti i formatori (per noi la denominazione è "persone di referenza - PR") abbiano la qualificazione FSEA1 (100h di formazione in pedagogia/andragogia; titolo che in Ticino si può acquisire presso dei centri di formazione dedicati). Al nostro interno viene proposto semestralmente un corso per persone di referenza che comprende i criteri citati; il corso è stato riconosciuto dalla SSSCI. I formatori (PR) sono attivamente coadiuvati dal monitore interno e dal formatore SFI. A questo livello proponiamo di inserire un criterio minimo di formatori (PR) in possesso del requisito.</p> <p>All'interno dell'EOC esiste la figura del monitore / tutor per ogni area specialistica; si tratta di un collaboratore con comprovata esperienza ed expertise, in possesso di un post diploma e che ha frequentato o frequenterà a breve termine il corso interno EOC per PR.</p>		
CHUV	<p>La notion de « personne responsable de la formation dans le domaine des soins » <u>n'apparaît pas dans le PEC</u> et nécessiterait une explication. S'agit-il de l'Enseignant p. 2</p> <p>responsable de la filière de formation ? S'agit-il d'un formateur provenant du lieu de formation pratique ?</p> <p>→ proposition : Il est important de considérer que dans plusieurs lieux de formation pratique, le même collaborateur peut occuper la</p>	<p><b>1) Problème de dénomination :</b></p> <p>« La personne responsable de la formation dans le domaine des soins » n'apparaît pas dans le PEC.</p> <p><u>Proposition :</u></p> <p>→ F : responsable (pour le centre) de</p>	<p>√</p> <p>Certaines précisions ont été apportées</p>

	fonction de responsable de formation pratique et celle de formateur de terrain.	formation pratique EPD ES → D : Bildungsverantwortliche Lernort Praxis	√ La traduction française a été revue
<b>OrTra SSVs</b>	<p>« La personne responsable de la formation dans le domaine des soins » <u>n'apparaît pas dans le PEC.</u></p> <p>S'il s'agit de la personne qui est responsable de la gestion des négociations avec le centre prestataire, elle doit être nommée par l'institution (centre pratique). De ce fait, les caractéristiques et les exigences concernant le responsable de la formation dans le domaine des soins ne doivent pas figurer dans ces directives.</p> <p>Nous proposons d'utiliser le terme de « responsable de formation pratique EPD ES », en précisant qu'il doit justifier d'une expérience professionnelle d'un an minimum, d'une activité clinique actuelle, d'une formation théorique dans la filière des EPD et d'une qualification en pédagogie professionnelle équivalente à 100 heures.</p> <p>Il participe, entre autres tâches, à l'élaboration et la mise en œuvre du concept de formation pratique, s'assure que le milieu clinique fournit les conditions d'apprentissage nécessaires à la réalisation de liens théorie-pratique, diffuse l'information relative à la bonne marche de la formation dans son lieu de formation pratique, conseille les formateurs/trices de l'unité.</p>	<p><b>2) Des précisions sont aussi souhaitées pour ce qui du rôle exact du responsable de la formation dans le domaine des soins</b> → par exemple : niveau de formation, expérience professionnelle attendue, domaine d'activité, etc. (voir remarques des différents hôpitaux)</p> <p>3) Traduction française imprécise (SBK).</p>	<p>Le rôle exact et la qualification du responsable de la formation est du ressort de l'entreprise concernée.</p>
<b>SBK / SIGA</b>	Das Kap. „Bildungsverantwortlicher für den Pflegebereich“ ist <u>keine Funktion im RLP</u> und greift nach unserer Meinung ins Organigramm einer Klinik ein. Vor-		

	schlag → Deshalb ersetzen durch Begriff „Lernort Praxis“ analog dem Wording im RLP.“		
Kantonsspital Aarau	Expliziter beschreiben, dass grundsätzlich pro Lernort Praxis eine Bildungsverantwortliche Person zuständig sein muss. Deren direkter Tätigkeitsbereich bleibt unbeschrieben?!		
<b>SBK</b>	<p>La question du <b>responsable de formation</b> pour le centre de formation pratique est importante. Peut-être faudrait-il préciser son rôle par rapport au formateur et par rapport au rôle du prestataire de formation théorique.</p> <p>En français, le seul rôle de conseiller est cité, c'est vraiment très large, et plus vague que le texte en allemand.</p>		
Hôpital Fribourgeois	Nous trouvons très pertinent d'avoir un seul responsable de formation pratique, il serait souhaitable d'avoir quelques éléments supplémentaires sur son rôle avec les prestataires de formation. Indiquer le niveau de formation attendu (heures et ou crédits ETCS) et ôter les titres de formations FSEA CAS entre parenthèse (trop restrictif) vu que le volume d'heures précise le niveau de formation. Indiquer le niveau de formation attendu (soit en heures soit en crédits) de formation pour les formateurs de la pratique. « au minimum 30% de son temps de travail consiste en une activité pratique au sein du service. » « les formateurs sont libérés durant leur temps de travail selon le concept de formation pratique à raison de 10% par personne au minimum. »		
Berner Bildungszentrum Pflege	Die/der Bildungsverantwortliche für den Pflegebereich: Es ist nicht jedem Lernort Praxis möglich, der bildungsverantwortlichen Person eine berufspädagogische Qualifikation im Umfang von 300 Lernstunden zu ermöglichen. Für solche Lernorte Praxis sollte es mög-		

	lich sein, dass der Bildungsanbieter diese Aufgabe übernimmt.		
GHOL Hôpital de Nyon	Qui doit avoir ces 300 heures de formation? Actuellement, comme responsable de formation de pratique, je n'ai qu'un certificat équivalant à 150H. Nous proposons que l'enseignant responsable filière soit la personne ressource pour le responsable de formation pratique.		
EHNV, Site Yverdon les bains	Le responsable de la formation pratique et le formateur de terrain sont assurés par la même personne dans notre Institution. Nous défendons que l'enseignant responsable de la formation (Prestataire de Formation) soit la personne ressource pour conseiller les formateurs des lieux de formation pratique comme actuellement.		
<b>SIGA / SBK</b>	das Kap. „Berufsbildner“ nach oben (1. Position) verschieben	← <b>Vorschlag</b>	Es wird an der Reihenfolge festgehalten („Hierarchie“ Ausbildungsverantwortliche- Berufsbildner- Studierende) .
Kantonalspital Aarau	Der genaue Tätigkeitsbereich der Berufsbildnerinnen ist zu vage formuliert. Da verstehen wohl viele etwas Verschiedenes darunter. Da hat man einen <u>Begriff ohne konkreten Inhalt erwähnt</u> . Dadurch wird er aus meiner Sicht nicht, und dann auch noch von wem?, überprüfbar.	<b>Begriffsproblem:</b> Tätigkeitsbereich der Berufsbildnerinnen = zu vage formuliert.	Der BB ist für die Betreuung und Begleitung der Studierenden zuständig. Die Rolle ist im RLP 5.7.2. , in Anlehnung ans BBG , Art. 45, beschrieben.
<b>KOGS</b>	Zwei weitere Betriebe fordern schliesslich einerseits, dass die Berufserfahrung der BB von einem auf zwei Jahre angehoben wird und dass der „direkte Tätigkeitsanteil in der Praxis“ auf mindestens 30% festgelegt wird.	<b>Berufsbildner:</b> nicht 1, sondern 2 Jahre Berufserfahrung + direkter Tätigkeitsanteil in der Praxis = 30%	Die Annahme des Vorschlags würde die Ausbildungsmöglichkeiten gewisser Spitäler einschränken.

<b>OrTra SSVs</b>	« Le temps d'absence des étudiants dans le plan » d'affectation « des lieux de formation » et non « d'affectation ».	« Plan d'affectation » au lieu de « <del>plan</del> d'affectation » !!!	✓
Unispital Zürich	Bildungsverantwortliche für den Pflegebereich XXX sollten über eine Qualifikation im Fachbereich verfügen → Ergänzung: Bildungsverantwortliche für den Pflegebereich verfügt über den Titel dipl. ExpertIn XXX NDS HF.	<b>Soll der Bildungsverantwortliche für den Pflegebereich über eine Qualifikation im Fachbereich verfügen?</b>  → <i>dipl. ExpertIn XXX NDS HF</i>	Entscheidend bei dieser Funktion sind die Führungs- und berufspädagogischen- jedoch nicht die fachspezifischen Qualifikationen.
Stadtspital Triemli	- Bildungsverantwortliche für den Pflegebereich hat keine Ahnung von den Spezialgebieten. → Vorschlag: Weglassen des ersten Abschnittes	+ <i>Berufserfahrung?</i>	
Kantonsspital Bruderholz	Die Bildungsverantwortliche sollte zusätzlich zu den Anforderungen an die/den Berufsbildner/in über die im Entwurf deklarierte berufspädagogische Qualifikation verfügen. Mit der jetzigen Formulierung benötigt die Bildungsverantwortliche weder einen Titel dipl. Expertin XXX NDS HF noch Berufserfahrung.		
Spital Davos	Langjährige Mitarbeiter welche das NDS absolvieren möchten, können nicht plötzlich nur noch zusätzlich auf der Schicht arbeiten. → Vorschlag: - Ausnahmeregelung für langjährige Mitarbeiter Praktikas in der Zwischensaison planen (wenn Schichten alleine geplant sind)		Regionale Gegebenheiten können nicht berücksichtigt werden.
Spital Oberengadin Samedan	Mit Mitarbeiter, welche ins Nachdiplomstudium einsteigen, welche bereits Berufserfahrung auch von anderen Spezialbereichen mitbringen und bereits alleine auf der NF-Station seit Jahren arbeiten, ist es für uns kaum umsetzbar, dass sie „zurückgestuft“ werden sollten, so dass sie nicht mehr alleine auf der Schicht sein können. → Vorschlag:		

	- Ausnahmeregelung festlegen, bei langer Berufserfahrung vor dem Einstieg in das Nachdiplomstudium Praktikas können in der Nebensaison (wo viele Schichten alleine geplant sind) geplant werden. (Mai/Nov.)		
Kantonsspital Liestal	Frage taucht auf, ob der Titel in der Schweiz erworben sein muss, oder ob auch ein anerkanntes, ausländisches Diplom zählt?!	Anerkennung ausländischer Diplome	Der Berufsbildner muss über eine Berufserfahrung in der Schweiz verfügen, kann im Besitz eines „gleichwertigen Titels“ sein.
Kantonsspital Bruderholz	Welche Kriterien erfordert die Anerkennung von Ausländischen AP/IP/NP Weiterbildungen? Nach dem vorliegenden Entwurf benötigt sowohl Bildungsverantwortliche als auch Berufsbildnerin lediglich eine CH-Anerkennung einer AP/IP/NP Pflege Ausbildung. Um dieser Lockerung zustimmen zu können, muss ich die Kriterien zur Anerkennung ausländischer AP/IP/NP -Ausbildungen kennen.		
Höhere Fachschule Z-INA	Punkt 4.1, 5.1, 6.1: Ist der Titel dipl. Expertin NDS HF...geschützt? Es kommt nicht zum Ausdruck, dass die Berufsbildnerin über die Anerkennung der CH verfügen muss. (In den MiVo des prakt. BiKo der Z-INA haben wir dies explizit beschrieben).		
<b>KOGS</b>	Ein Grossbetrieb fordert, dass bei der Notfallpflege auch ein Fachausweis beispielsweise als dipl. Pflegefachfrau Notfallpflege zugelassen und der Triemli Notfallpflegeausweis mit Abschluss vor 2003 als Abschluss dipl. Experte/Expertin Notfallpflege NDS HF anerkannt wird. Ein weiterer Grossbetrieb gibt zu bedenken, dass aufgrund der Tatsache, dass die Notfallpflege eine relativ junge Disziplin sei, zahlreiche erfahrene BB den verlangten Titel dipl. Experte/Expertin Notfallpflege NDS HF noch gar nicht erlangt hätten, sondern vielmehr über eine Weiterbildung in Intensiv-	Da die <b>Notfallpflege relativ jung</b> ist, kommt es vor, dass insbesondere <b>erfahrene Berufsbildnerinnen / Berufsbildner nicht über einen Titel dipl. Expertin / dipl. Experte Notfallpflege NDS HF verfügen</b> sondern die Weiterbildungen in Intensivpflege oder Anästhesiepflege absolviert haben.  Wenn eine mehrjährige Berufserfahrung (> 5) auf einer Notfallstation vorliegt, wäre eine Anerkennung anderer Abschlüsse / Weiterbildungen auch mög-	✓ Präzisierung der Übergangsbestimmungen : 2.4 Übergangsbestimmungen: 2.4.1 Vereinbarung [...] 2.4.2. BerufsbildnerIn  <i>„Im Sinne der Besitzstandwahrung dürfen Personen mit einem fachfremden Titel eine Funktion als Berufsbildner oder Berufsbildnerinnen, die sie zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Empfehlungen durch die EK RLP AIN seit min-</i>

	<p>pflege und Anästhesiepflege verfügten. Damit die Erfahrung dieser BB nicht verloren geht, sollen BB auf der Notfallstation mit einer Berufserfahrung von mindestens fünf Jahren und abgeschlossener Weiterbildung in Intensivpflege und Anästhesiepflege im Sinne einer Besitzstandwahrung ihre Funktion auch weiterhin ausüben können.</p>	<p>lich? -&gt; Weiterbildungen AP / IP oder Triemli Notfallpflegeausweis mit Abschluss vor 2003.</p> <p>Dieses Thema ist auch für AP und IP relevant.</p>	<p><i>destens 5 Jahren innehaben, weiterhin ausüben .“</i></p> <p>Und:</p> <p>4.1, 5.1, 6.1 Die/der BerufsbildnerIn verfügt über den Titel dipl. ExpertIn XXX NDS HF <i>oder über einen gleichwertigen Titel .</i></p>
<b>SBK</b>	<p>Punkt 6.1, Anforderungen Notfallpflege: Da die Notfallpflege noch eine relativ junge Disziplin ist kommt es vor, dass insbesondere erfahrene Berufsbildnerinnen / Berufsbildner nicht über einen Titel dipl. Expertin / dipl. Experte Notfallpflege NDS HF verfügen, sondern die Weiterbildungen in Intensivpflege oder Anästhesiepflege absolviert haben. Diesem Umstand sollte unbedingt Rechnung getragen werden oder Erfahrenen Berufsbildnerinnen / Berufsbildnern auf der Notfallstation, z.B. &gt; 5 Jahre) mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in Anästhesiepflege oder Intensivpflege können ihre Funktion im Sinne einer „Besitzstandwahrung“ weiterhin ausüben“.</p>		
Solothurner Spital	<p>Seite 9, 6.1: Die Berufsbildnerin verfügt über den Titel dipl. Expertin Notfallpflege NDS HF: Der Triemli Notfallpflegeausweis mit Abschluss vor 2003 wird nicht anerkannt. Hier muss eine praktikable Lösung gefunden werden.</p> <p>→ „... oder einen Fachausweis als dipl. Pflegefachfrau Notfallpflege.“ oder „Die Triemli Notfallpflegeausweise mit Abschluss vor 2003 werden als Abschluss dipl. Expertin Notfallpflege NDS HF anerkannt.“</p>		

CHUV	Proposition : Aucun professionnel ne possédant à l'heure actuelle ce titre « d'expert... », il serait judicieux d'y adjoindre la notion de « titre jugé équivalent ».		
Spital Zofingen	Ich arbeite als Berufsbildner (SVEB1) auf einer Notfallstation und besitze das NDS-Intensivpflege (Abschluss 2000). Gesamthaft bin ich seit 8 Jahren auf verschiedenen Notfallstationen tätig. Ich gebe zur Diskussion, ob es zwingend notwendig ist, ein NDS-Notfall zu besitzen dass man im Ausbildungsbereich tätig sein kann.		
Kantonsspital St.Gallen	Da die Notfallpflege noch eine relativ junge Disziplin ist kommt es vor, dass insbesondere erfahrene Berufsbildner/innen nicht über einen Titel dipl. Expert/in Notfallpflege NDS HF verfügen, sondern die Weiterbildungen in Intensivpflege oder Anästhesiepflege absolviert haben. Diesem Umstand sollte unbedingt Rechnung getragen werden! Ergänzung: Erfahrenen Berufsbildner/innen auf der Notfallstation (z.B. > 5 Jahre) mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in Anästhesiepflege oder Intensivpflege können ihre Funktion im Sinne einer „Besitzstandwahrung“ weiterhin ausüben.		
Kantonsspital Frauenfeld	Für die Notfallstation wäre es wünschenswert aber nicht Bedingung, dass der/die Bildungsverantwortliche über den Titel dipl. Expertin Notfallpflege verfügt. BV mit dem Titel dipl. Expertin Intensiv-/ oder Anästhesiepflege mit einer guten berufspädagogischen Qualifikation und mehrjähriger Berufserfahrung auf der Notfallstation sind sicher auch geeignet, diese Funktion auszuführen. Wir denken da sollte man der Praxis mehr Freiheiten lassen.		
Stadtspital Triemli	Es sollte beim Notfall nochmals explizit darauf hingewiesen werden, dass es eine Übergangszeit gibt.		

## 5.2 Anästhesiepflege: Stellungnahmen Anforderungen an die Praxissituation– Kap. 4.2 und 4.3

TABELLE 2			
Wer	Was	Zusammenfassung	Lösungsansatz SIGA-SGAR
H+	<p>Rund 80% der antwortenden Institutionen erklärten sich mit den Anforderungen einverstanden. Die restlichen Betriebe führen unterschiedliche Begründungen für die Ablehnung an. Mehrere Betriebe möchten keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis. Dies gilt für die Anästhesiepflege gleichermassen wie für die Intensiv- und die Notfallpflege.</p> <p>Gemäss den kritischen Stimmen könnten bei Inkraftsetzung der Richtlinien kleinere Spitäler, welche heute eigenständig ausbilden, dies nicht mehr oder nur noch im Verbund mit grossen Kliniken tun. Dies würde nach der Einschätzung der betreffenden Spitäler die Ausbildung massgeblich verkomplizieren und verteuern. Zudem sei unsicher, ob grosse Spitäler für Verbundlösungen Hand bieten würden. Für weitere kritische Einwände verweisen wir auf die Stellungnahme der KOGS. [...]</p>	<p>Viele Betriebe bestehen darauf, dass die Richtlinien die Interessen der kleineren und mittleren Spitäler berücksichtigen müssen.</p> <p><b>Die fachspezifischen Anforderungen an die Praxissituation sind auf Fallzahlen ausgerichtet, sollten aber primär nach den Kompetenzen ausgerichtet werden</b> (KOGS, Berner Bildungszentrum Pflege).</p> <p><b>2 Anpassungsvorschläge</b></p> <p>1) HFGZ und ZIGG schlagen eine Präzisierung zum Punkt 4.2 vor:</p> <p>„Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter, zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind.“ (HFGZ, ZIGG) (Vgl. RLP. 5.4.3)</p> <p>2) Das Berner Bildungszentrum Pflege schlägt eine Ergänzung zum Punkt 4.2 vor:</p>	<p>✓ Da Kompetenzen erreicht werden müssen, spielen die absoluten Zahlen eine untergeordnete Rolle. <u>Die Zahlen können somit weglassen werden</u></p> <p>✓ <b>Vorschlag 1 und 2:</b> Siehe Korrekturen, Kap. 5.2.1. Der Bildungsanbieter evaluiert die fehlenden Kompetenzen in Zusammenarbeit mit dem Lernort Praxis.</p> <p>Die neue Formulierung nimmt beide Vorschläge sinngemäss auf.</p>
KOGS	<p>Rund 80% der antwortenden Institutionen erklärten sich mit den Anforderungen einverstanden. Die restlichen Betriebe führen unterschiedliche Begründungen für die Ablehnung an: Ein Zusammenschluss von mehreren Betrieben möchte keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis, da die Angaben</p>		

	<p>im RLP ausreichend seien. Dies gilt für die Anästhesiepflege gleichermaßen wie für die Intensiv- und die Notfallpflege. Müssten die Anforderung wie vorgeschlagen umgesetzt werden, laufe man Gefahr, dass die Ausbildungsplätze sänken, da Spitäler, die heute eigenständig ausbilden, dies nur noch im Verbund mit grossen Kliniken tun könnten. Dies würde die Ausbildung verkomplizieren und verteuern und wäre für die grossen Kliniken mengenmässig gar nicht umzusetzen.</p> <p><i>Insgesamt sprach sich eine Mehrheit der Institutionen für die vorgeschlagenen fachspezifischen Anforderungen für die Anästhesiepflege aus. Die restlichen Betriebe und Verbände fordern, dass sich die Anforderungen an die Praxissituation weniger an absoluten Zahlen als vielmehr an den Kompetenzen orientieren.</i></p>	<p>„Anforderungen an die Praxissituation: In Anästhesieabteilungen, die die obigen Anforderungen nicht erfüllen, kann zumindest ein Teil der praktischen Bildung absolviert werden. Der Bildungsanbieter entscheidet aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Phasen an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika notwendig sind.“</p>	
<p><b>ZIGG</b></p>	<p>Die fachlichen Anforderungen sind im RLP beschrieben und bilden die Grundlage der Ausbildungsqualität für Bildungsanbieter. Es benötigt keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis, da der RLP auch für den Lernort Praxis verbindlich ist. Müssen diese Richtlinien wie vorgeschlagen umgesetzt werden, wird die Anzahl der Ausbildungsplätze sinken, da Spitäler, welche heute eigenständig ausbilden können, dies nur noch in einem Verbund mit grossen Kliniken tun könnten, was mengenmässig für diese Kliniken gar nicht machbar ist, die Ausbildung verkompliziert und verteuert. Mit solchen Richtlinien würde die Versorgungssicherheit bezüglich Fachpersonen in diesem Berufsfeld noch mehr gefährdet.</p> <p>→ Vorschlag: Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter zu entschei-</p>		

	den, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind. Entscheidend ist ob die Kompetenzen am Ende Ausbildung erreicht werden, wie diese zu erreichen sind, muss nicht festgelegt werden		
Kantonsspital Aarau, Anästhesiepflege	Ich sehe mit der Regelung von Mindestdisziplinen (6) für kleinere Spitäler Probleme. Diese können aber wohl mit einem Fremdpraktikum in einem Spital mit grösserer Disziplinenvielfalt abgefangen werden.		
Luzerner Kantonsspital	Mit den fachspezifischen Anforderungen an die gesamte Ausbildung sind wir grundsätzlich einverstanden. Es müssen jedoch Rahmenbedingungen formuliert werden, welche es kleineren und mittleren Spitälern ermöglichen, dass sie gemeinsam die praktische Ausbildung übernehmen können. Es wird schwierig wenn es von den Voraussetzungen zwingend immer ein Praktikum in einem Grossbetrieb benötigt, dies wird kaum mehr planbar für die direkt betroffenen der Abteilungen.		
HFGZ	Die fachlichen Anforderung sind im RLP beschrieben und bilden die Grundlage der Ausbildungsqualität für Bildungsanbieter. Es benötigt keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis, da der RLP auch für den Lernort Praxis verbindlich ist. Die Anzahl (Quantität) der Anästhesien oder Intubationen pro Jahr hat nur zum Teil Einfluss auf die Erreichung der Kompetenzen (Qualität) im RLP. Deshalb ist es heikel, die Menge von Handlungen zu reglementieren. Es stellt sich die Frage mit welchen Argumenten die Expertenkommission die Zahlen/die Menge von Handlungen definiert hat. Maßgebend ist das Erreichen der Kompetenzen, welche im Rahmenlehrplan beschrieben sind. Es benötigt keine weiteren Vorgaben bezüglich Anzahl von Fällen. Müssen diese Richtlinien umgesetzt werden, wird die Anzahl der Ausbildungsplätze sinken, da Spitäler, welche heute eigenständig ausbilden können, dies nur noch in einem Verbund mit großen Kliniken tun könnten, was mengenmäßig für diese Kliniken gar nicht machbar ist, die Ausbildung verkompliziert und verteuert. Mit solchen Richtlinien würde die Versorgungssicherheit bezüglich Fachpersonen in diesem Berufsfeld noch mehr gefährdet. Werden Verbundlösungen angestrebt, braucht es dafür verbindliche Rahmenbedin-		

	<p>gungen (Kostenteiler, Personalaufwand, Betreuungsaufwand etc.).</p> <p>→ Vorschlag: Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind.</p>		
Berner Bildungszentrum Pflege	<p>Die Gewährleistung folgender Kriterien sind nicht sehr aussagekräftig für die Qualität der Lernleistung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ca. 50% der Anästhesien sind Allgemeinanästhesien</li> <li>- mind. 150 Allgemeinanästhesien pro NDS</li> <li>- mind. 150 Intubationen pro NDS</li> </ul> <p>Die Qualität der Lernleistung zeigt sich viel deutlicher und aussagekräftiger in den erreichten Kompetenzen. Diese werden z.B. im Qualifikationssystem / Qualifikationsverfahren Praxis festgehalten und bewertet. Daher würden wir diese Kriterien nicht aufführen.</p> <p>→ Vorschläge:</p> <p>→ Ergänzung zu 4.2 Anforderungen an die Praxissituation: In Anästhesieabteilungen, die die obigen Anforderungen nicht erfüllen, kann zumindest ein Teil der praktischen Bildung absolviert werden. Der Bildungsanbieter entscheidet aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Phasen an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika notwendig sind.</p> <p>→ Ergänzung zu 4.3 Organisatorische und strukturelle Anforderungen: Im Betriebskonzept der Anästhesieabteilung ist das NDS HF Anästhesiepflege integrierender Bestandteil.</p>		
<b>OrTra SSVs</b>	<p>→ Vorschlag 1: Modification</p> <p>Point 4.3 : « environ 50% des anesthésies sont des anesthésies régionales »</p>	<p>1) <b>Modification</b> : « environ 50% des anesthésies sont des anesthésies <del>générales</del> régionales » (Ortra SSVs)</p> <p>2) <b>Entfernung</b>: „ca. 50% der Anästhesien sind Allgemeinanästhesien“ ist zu streichen (Solothur-</p>	<p>✓ La mention est formulée de manière plus générale, l'orientation vers les compétences étant déterminante.</p>
Solothurner Spital	Seite 6, 4.3: „ca. 50% der Anästhesien sind Allgemeinanästhesien.“ Diese Anforderung ist nicht zeitgemäß. In der Anästhesio-		Kompetenzansatz : Die Bildungs-

	<p>logie steigen die Regionalanästhesien immer mehr an. Dies entspricht den steigenden ambulanten Eingriffen und den heutigen Operationsverfahren. Diese Entwicklung muss auch im Ausbildungsbereich berücksichtigt werden. → Vorschlag 2: Entfernung</p> <p>Seite 6, 4.3: ca. 50% der Anästhesien sind Allgemeinanästhesien streichen.</p>	ner Spital und KOGS)	anbieter müssen ihre Pflichten und Kompetenzen wahrnehmen und überprüfen, ob die entsprechenden Kompetenzen erreicht werden können.
<b>KOGS</b>	Weiter möchte ein Betrieb die Vorgabe „ca. 50% der Anästhesien sind Allgemeinanästhesien“ im Kapitel 4.3 streichen. Diese Forderung sei nicht mehr zeitgemäß, da die Regionalanästhesien aufgrund von steigenden ambulanten Eingriffen immer mehr ansteigen würden.		
SRO Spital Langenthal	<p>4.3: <i>„Wochenendeinsätze sollten für Studierende nicht zwingend sein, da im Wochentagesprogramm (je nach Grösse des Spitals) die meisten Eingriffe stattfinden und die Studierenden vor allem in diesen Programmen mit Notfällen profitieren können.“</i></p> <p>→ Vorschlag 1: „Die Studierenden werden im Betrieb so eingeteilt, dass ein lernförderndes und zielorientiertes Arbeiten möglich ist. Die Möglichkeiten des Betriebes sind zu berücksichtigen.“</p>	<p><b>Wochenendeinsätze: 2 Änderungsvorschläge:</b></p> <p>Vorschlag 1: „Die Studierenden werden im Betrieb so eingeteilt, dass ein lernförderndes und zielorientiertes Arbeiten möglich ist. Die Möglichkeiten des Betriebes sind zu berücksichtigen.“ (SBK, SRO Spital Langenthal)</p> <p>Proposition 2 : « Les étudiants peuvent assurer (<del>assurent</del>) tous les horaires. » (OrTra SSVs, CHUV)</p>	<p>✓ Vorschlag 1: leicht angepasst:</p> <p><i>„Die Studierenden werden dem Weiterbildungsstand entsprechend in der Praxis eingesetzt. Auf eine lernfördernde Einteilung ist zu achten.“</i></p> <p>✓ Proposition 2 : formulation modifiée dans la direction souhaitée</p>
<b>SBK</b>	Wochenendeinsätze (s.6) sollten für Studierende nicht zwingend sein, da im Wochentagesprogramm (je nach Größe des Spitals) die meisten Eingriffe stattfinden und die die Studierenden vor allem in diesen Programmen mit Notfällen profitieren können		
<b>OrTra SSVs</b>	<p>→ Proposition 2 : Modification</p> <p>Point 4.3 : « Les étudiantes et étudiants » peuvent assurer « tous les horaires » et non « assurent » car dans certains centres, il n'y a qu'un anesthésiste la nuit. Les étudiants ne font donc pas de nuits.</p>		

CHUV	Point 4.3 : Vous proposez que « les étudiants assurent tous les horaires y compris le week-end » → Proposition 2 : Modification: Certains lieux de formation pratique ne favorisent pas le travail de nuit des personnes en formation. Cela est particulièrement le cas dans le domaine de l'anesthésie. Dès lors, la recommandation pourrait être assouplie en disant : « les étudiants peuvent assurer tous les horaires »		
OrTra SSVs	<p>Point 4.2 : (→ Proposition 1) Afin de permettre aux personnes en formation de bénéficier d'un large éventail de situations leur permettant de développer toutes les compétences requises sur un même lieu de stage, le centre pratique doit proposer obligatoirement 4 disciplines dans la liste suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Traumatologie ou Orthopédie</li> <li>○ Chirurgie viscérale</li> <li>○ Gynécologie et obstétrique</li> <li>○ Otorhinolaryngologie</li> <li>○ Anesthésie pédiatrique</li> <li>○ Chirurgie vasculaire</li> </ul> <p>plus 1 discipline dans l'un des domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neurochirurgie</li> <li>○ Chirurgie viscérale complexe</li> <li>○ Chirurgie cardiaque</li> </ul>	<p><b>Einige Betriebe möchten eine bestimmte Anzahl von operativen Fächern obligatorisch erklären.</b></p> <p><b>Proposition 1</b> : Point 4.2 : 4 disciplines obligatoires, une à choix (voir proposition OrTra SSVs à côté)</p> <p><b>Vorschlag 2</b> : Point 4.2 : l'obstétrique, l'orthopédie ou la traumatologie, la chirurgie viscérale, l'ORL et la pédiatrie = disciplines obligatoires ? (Proposition CHUV/KOGS)</p>	<p>Im Vordergrund steht der Kompetenzenansatz. Der Bildungsanbieter kann und muss überprüfen, welche Kompetenzen nicht erreicht werden können.</p>
CHUV	Nous estimons que le contexte de travail est un élément clé du développement de compétences. → proposition 2 : A ce titre, quelques spécialités devraient être obligatoires, nous pensons ici à : l'obstétrique, l'orthopédie ou la traumatolo-		

	gie, la chirurgie viscérale, l'ORL et la pédiatrie		
<b>KOGS</b>	[...] Schliesslich möchte ein Betrieb noch eine bestimmte Anzahl von operativen Fächern obligatorisch erklären und schlägt hierfür Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie oder Traumatologie, Viszeralchirurgie, Hals-Nasen-Ohren und Pädiatrie vor. (← Vorschlag 2)		
<b>KOGS</b>	Ein weiterer Betrieb möchte [...] die Voraussetzung von sechs operativen Fächern auf vier bis fünf reduzieren. (← Vorschlag)	<b>Vorschlag:</b> Sollten 4 bis 5 statt 6 operative Fächer eingeführt werden?	✓ Vorschlag übernommen: 4 operative Fächer reichen, um die Kompetenzen in Prozess 1 zu erreichen.
<b>SBK</b>	„Operationstätigkeiten“ (s. 6): für kleine Häuser, v.a. solche im Verbund mit einem Zentrumsspital, kann es auf Grund der Schwerpunktbildung schwierig sein sechs operative Fächer im Angebot aufrechtzuerhalten. Die geforderte Anzahl AA und die ASA Klassifikation stellen hingegen keine Problem dar.  → Vorschlag: Wir schlagen vor, dass mindestens 5 der aufgeführten operativen Fächern angeboten werden müssen, damit die gesamte praktische Bildung an demselben Lernort Praxis erfolgen kann.		
<b>KOGS</b>	Ein weiterer Betrieb möchte den geforderten „Umgang mit dem gängigen invasiven Monitoring“ durch ein konkretes Fähigkeitsniveau ergänzen [...]	<b>Vorschlag:</b> (4.3) Der „Umgang mit dem gängigen invasiven Monitoring“ muss durch ein Fähigkeitsniveau ergänzt werden. (Hôpital fribourgeois / KOGS).	Zu detailliert.
Hôpital fribourgeois	Indiquer un niveau de maîtrise au lieu d'initiation au monitoring invasifs usuel (PVC, PAI)		

Kantonsspital URI	<p>Es reicht, wenn jeder Studierende nachweisen muss (4.3), was für Leistungen er erbracht hat. Es ist wichtig, dass jeder Studierende mind. 150 Allgemeinanästhesien oder mehr ausweisen kann. Die Fachspezifischen Anforderungen sind mit 6 versch. Operativen Fächern genug ausgewiesen.</p> <p>→ 3 Vorschläge:</p> <p>4.2 : der erste Punkt ist zu streichen oder auf 1000 Allgemein- anästhesien zu reduzieren.</p> <p>4.3: - mind. 150 Intubationen sind auf 200 zu erhöhen; -mind. 150 Allgemein- anästhesien sind auf 200 zu erhöhen.</p>	<p>1) 4.2 : der erste Punkt ist zu streichen oder auf 1000 Allgemein- anästhesien zu reduzieren.</p> <p>2) 4.3: - mind. 150 Intubationen sind auf 200 zu erhöhen.</p> <p>3) 4.3: -mind. 150 Allgemein- anästhesien sind auf 200 zu erhöhen.</p>	<p>Alle Zahlen können gestrichen werden. Es muss aber überprüft werden, ob die notwendigen Kompetenzen erreicht werden können. (Siehe Anpassungen Kap. 5.2.1.)</p>
GHOL Hôpital de Nyon	<p>Un stage en milieu universitaire, nous semble indispensable.</p> <p>→ Proposition : stage obligatoire de 3 semaines en milieu univer- sitaire.</p>	<p><b>Vorschlag</b> : Stage de 3 semaines en milieu uni- versitaire obligatoire.</p>	<p>Zu einschränkend für kleine- mittlere Spitäler.</p>
<b>SBK</b>	<p>Pt 4.2 , n'est –il pas en contradiction partielle avec le pt 5.4.3. du RLP HF AIN ?</p>	<p>Pt. 4.2 en contradiction partielle avec le pt 5.4.3. du PEC AIU ES ? / Punkt 4.2 im Widerspruch zu Punkt 5.4.3 RLP AIN HF ?</p>	<p>✓ Präzisierungen wurden vorge- nommen</p>
<b>SBK</b>	<p>La phrase suivante est peu claire : « si le service at- teint....une <u>phase au moins</u>... ». Est –ce au moins ou a plus... et entre 800 et 1200 anesthésies /an qui décide nombre de phases qui peuvent être réalisées dans cette unité ?</p>	<p>Punkt 4.2, Absatz 2 : „Wenn die Anästhesieabteilung mindestens 800 Allgemein- anästhesien ...werden kann (Partnerspital).“</p>	<p>✓ Neue Formulierung: „Wenn an einer <b>Anästhesieabteilung nicht alle Kompetenzen erlernt werden können, muss dieser Lernort Praxis einen Vertrag schliessen mit einem Lernort Praxis, an dem die fehlenden Kompetenzen er- lernt werden können (Partnerspi- tal).</b>“</p>

## 5.2.1 Anpassungen Anästhesiepflege<sup>1</sup>

### 4.2 Anforderungen an die Praxissituation

- ~~Die Anästhesieabteilung muss eine vielseitige Tätigkeit und eine Mindestanzahl von 1200 Allgemeinanästhesien pro Jahr ausweisen, damit die gesamte praktische Bildung an demselben Lernort Praxis erfolgen kann.~~
- Die Anästhesieabteilung muss ein vielseitiges anästhesiologisches Tätigkeitsfeld aufweisen. Es müssen alle Kompetenzen der Arbeitsprozesse 1 – 4 aus dem RLP NDS HF AIN erlernt werden können, damit die gesamte praktische Bildung an demselben Lernort Praxis erfolgen kann.
- Wenn die Anästhesieabteilung mindestens 800 Allgemeinanästhesien pro Jahr aufweist, kann an diesem Lernort Praxis zumindest ein Teil ~~eine Phase~~ der praktischen Bildung absolviert werden. Der Bildungsanbieter entscheidet in Zusammenarbeit mit dem Lernort Praxis aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Teile an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika notwendig sind.
- Wenn an einer Anästhesieabteilung nicht alle Kompetenzen erlernt werden können, muss dieser Lernort Praxis einen Vertrag schliessen mit einem Lernort Praxis, an dem die fehlenden Kompetenzen erlernt werden können (Partnerspital).
- Risikogruppen: Es müssen mind. Patienten der Risikogruppen ASA 1-3 behandelt werden.
- Operationstätigkeiten:  
Es sind mindestens ~~6~~ 4 der unten aufgeführten operativen Fächer Voraussetzung. Je nach spezifischen Eigenschaften des Spitals kann die Zusammensetzung der ~~6~~ 4 Disziplinen variieren. Es betrifft Operationstätigkeiten aller Altersgruppen.
  - Traumatologie
  - Orthopädie
  - Viszeralchirurgie
  - Urologie
  - Gynäkologie und Geburtshilfe
  - Hals-Nasen-Ohren
  - Ophthalmologie
  - Kieferchirurgie
  - ~~Kinderanästhesie~~
  - Thoraxchirurgie

<sup>1</sup> Kapitel 5.2.1 zeigt im Korrekturmodus, welche Anpassungen im Text vorgenommen worden sind.

- Gefäßchirurgie
- Neurochirurgie
- Wirbelsäulenchirurgie
- Herzchirurgie

#### 4.3 Organisatorische und strukturelle Anforderungen

- ~~Die Studierenden arbeiten im Schichtbetrieb sowie an Wochenenden; auf eine lernfördernde Einteilung ist nach Möglichkeiten des Betriebes zu achten.~~
- Die Studierenden werden dem Weiterbildungsstand entsprechend in der Praxis eingesetzt. Auf eine lernfördernde Einteilung zu achten.
- Der Lernort Praxis gewährleistet, dass die Studierenden folgende Lernleistungen erhalten:
  - Durchführung der gängigen Allgemeinanästhesietechniken
  - Assistenz bei den gängigen Regionalanästhesietechniken
  - ~~ca. 50% der Anästhesien sind Allgemeinanästhesien~~
  - ~~mind. 150 Allgemeinanästhesien pro NDS~~
  - ~~mind. 150 Intubation pro NDS~~
  - ~~den Umgang mit dem gängigen invasiven Monitoring (i.a. BD, ZVD)~~

## 5.3 Intensivpflege: Stellungnahmen Anforderungen an die Praxissituation– Kap. 5.2 und 5.3

TABELLE 3			
Wer	Was	Zusammenfassung	Lösungsansatz Intensivpflege IGIP-SGI
H+	Die Antworten auf diese Frage waren zu drei Viertel positiv. Einzelne Betriebe fordern, dass sich die Anforderungen an die Praxissituation nicht an der Bettenmindestzahl, sondern entweder an den Pflergetagen oder an den Kompetenzen orientieren sollen. Für weitere kritische Einwände verweisen wir auf die Stellungnahme der KOGS.	<p>Insgesamt fordern mehrere Betriebe und Verbände, dass sich <b>die Anforderungen an die Praxissituation nicht an der Bettenmindestzahl, sondern an den Pflergetagen, an den Kompetenzen (H+, KOGS, ZIGG, HFGZ), am Gesundheitszustand der Patienten oder am Niveau der Betreuungsleistungen (Cardiocentro Ticino) orientieren.</b></p> <p>Die fachspezifischen Anforderungen an die Praxissituation sind auf Fallzahlen ausgerichtet, sollten aber primär nach den Kompetenzen ausgerichtet werden (H+,KOGS, ZIGG, HFGZ, Spital Schwyz).</p>	<p>Antwort auf Frage 1: Aus der Sicht der Fachkreise (IGIP/SGI) kann auf Zahlen nicht überall verzichtet werden.</p> <p>✓ die Bettenmindestzahl wird gelöscht.</p> <p>✓ <b>Vorschlag 1</b> mit kleiner Anpassung angenommen:</p> <p>„Der Bildungsanbieter entscheidet in Zusammenarbeit mit dem Lernort Praxis aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Teile an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika notwendig sind.“</p>
KOGS	Mehrere Betriebe fordern ausserdem, dass an Stelle der Bettenmindestzahl die Anzahl Pflergetage als Kriterium herangezogen werde. Diese gebe besser Auskunft über die Leistungen einer IPS. Weitere Betriebe verlangen, dass in den Anforderungen an die Praxissituation gänzlich auf Zahlen/Mengen verzichtet werden solle und vielmehr die Kompetenzen zur Beurteilung herangezogen werden sollten.	<p><b>Frage 1: Wie könnten diese Anforderungen formuliert werden, damit sie kompetenzorientiert sind?</b></p> <p><b>2 Anpassungsvorschläge</b> betreffend Punkt 5.2.</p> <p>HFGZ, ZIGG, Cardiocentro Ticino schlagen die folgende Ergänzung zum Punkt 5.2 vor: (1)</p> <p>„Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompeten-</p>	<p><b>Vorschlag 2 (Spital Schwyz):</b> zu detailliert.</p> <p>Begründung: Ziel ist es Minimalstrukturen im Sinne einer Empfehlung zu formulieren.</p>

<b>ZIGG</b>	<p>Die fachlichen Anforderungen sind im RLP beschrieben und bilden die Grundlage der Ausbildungsqualität für Bildungsanbieter. Es benötigt keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis, da der RLP auch für den Lernort Praxis verbindlich ist. Die Anzahl (Quantität) der Betten und Patient/innen pro Jahr hat nur zum Teil Einfluss auf die Erreichung der Kompetenzen (Qualität) im RLP. Es ist somit heikel, die Menge von Handlungen zu reglementieren. Deshalb macht es auch keinen Sinn, die Bettenzahl von bisher 6 (Empfehlung der SGI) auf 8 zu erhöhen. Es stellt sich die Frage mit welchen Argumenten die Expertenkommission die Zahlen/die Menge von Handlungen definiert hat. Massgebend ist das Erreichen der Kompetenzen, welche im Rahmenlehrplan beschrieben sind. Es benötigt keine weiteren Vorgaben bezüglich Anzahl von Fällen. Müssen diese Richtlinien umgesetzt werden, wird die Anzahl der Ausbildungsplätze sinken, da Spitäler, welche heute eigenständig ausbilden können, dies nur noch in einem Verbund mit grossen Kliniken tun könnten, was mengenmässig für diese Kliniken gar nicht machbar ist, die Ausbildung verkompliziert und verteuert. Mit solchen Richtlinien würde die Versorgungssicherheit bezüglich</p>	<p>zen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind.“ (ZIGG, HFGZ, Cardiocentro Ticino) (Vgl. RLP 5.4.3)</p> <p>Spital Schwyz geht auch in diese Richtung, aber mehr ins Detail. Es schlägt die folgende Ergänzung zum Punkt 5.2 vor. (2)</p> <p>Für Spitäler, welche die beschriebenen Minimalanforderungen gemäss Kap. 5.2 nicht erfüllen, muss eine individuelle Abklärung durch den Bildungsanbieter erfolgen. Dabei soll von den zu erwerbenden Kompetenzen ausgegangen werden. Es soll genau definiert werden, welche Kompetenzen an diesem Lernort Praxis erworben werden können und welche in Praktika ausserhalb dieses Lernortes Praxis, z.B. in einem Verbundspital, erworben werden müssen. Dabei sollen vom Bildungsanbieter auch Aussagen gemacht werden, welcher Zeitumfang im Minimum erforderlich ist, um diese Kompetenzen zu erlangen. Bei der Suche nach entsprechenden Partnerspitälern ist vom Bildungsanbieter Unterstützung zu leisten.</p>	
-------------	---	--	--

	<p>Fachpersonen in diesem Berufsfeld noch mehr gefährdet.</p> <p>→ Vorschlag: Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind. Entscheidend ist ob die Kompetenzen am Ende Ausbildung erreicht werden. Wie diese zu erreichen sind, muss nicht festgelegt werden.</p>		
HFGZ	<p>Die fachlichen Anforderung sind im RLP beschrieben und bilden die Grundlage der Ausbildungsqualität für Bildungsanbieter. Es benötigt keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis, da der RLP auch für den Lernort Praxis verbindlich ist. Die Anzahl (Quantität) der Betten und Patient/innen pro Jahr hat nur zum Teil Einfluss auf die Erreichung der Kompetenzen (Qualität) im RLP. Es ist somit heikel, die Menge von Handlungen zu reglementieren. Deshalb macht es auch keinen Sinn, die Bettenzahl von bisher 6 (Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin für die Anerkennung von Intensivstationen) auf 8 zu erhöhen. Es stellt sich die Frage mit welchen Argumenten die Expertenkommission die Zahlen/die Menge von Handlungen definiert hat. Massgebend ist das Erreichen der Kompetenzen, welche im Rahmenlehrplan beschrieben sind. Es benötigt keine weiteren Vorgaben bezüglich Anzahl von Fällen. Müssen diese Richtlinien umgesetzt werden, wird die Anzahl der Ausbildungsplätze sinken, da Spitäler, welche heute eigenständig ausbilden können, dies nur noch in einem Verbund mit</p>		

	<p>grossen Kliniken tun könnten, was mengenmässig für diese Kliniken gar nicht machbar ist, die Ausbildung verkompliziert und verteuert. Mit solchen Richtlinien würde die Versorgungssicherheit bezüglich Fachpersonen in diesem Berufsfeld noch mehr gefährdet. Werden Verbundlösungen angestrebt, braucht es dafür verbindliche Rahmenbedingungen (Kostenteiler, Personalaufwand, Betreuungsaufwand etc.).</p> <p>→ Vorschlag: Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind.</p>		
Luzerner Kantonsspital	<p>Mit den fachspezifischen Anforderungen an die gesamte Ausbildung sind wir grundsätzlich einverstanden. Es müssen jedoch Rahmenbedingungen formuliert werden, welche es kleineren und mittleren Spitälern ermöglichen, dass sie gemeinsam die praktische Ausbildung übernehmen können. Es wird schwierig wenn es von den Voraussetzungen zwingend immer ein Praktikum in einem Grossbetrieb benötigt, dies wird kaum mehr planbar für die direkt betroffenen der Abteilungen.</p>		
Spital Schwyz	<p>Grundsätzlich befürworten wir die Anforderungen. Wir meinen jedoch, dass für Spitäler, welche die beschriebenen Minimalanforderungen gemäss Kap. 5.2 nicht erfüllen, eine individuelle Abklärung durch den Bildungsanbieter zu erfolgen hat. Dabei soll von den zu erwerbenden Kompetenzen ausgegangen werden. Es soll genau definiert werden, welche Kompetenzen an diesem Lernort Praxis erworben werden können und welche in Praktika ausserhalb dieses Lernortes Praxis, z.B. in einem Verbundspital,</p>		

	<p>erworben werden müssen. Dabei sollen vom Bildungsanbieter auch Aussagen gemacht werden, welcher Zeitumfang im Minimum erforderlich ist, um diese Kompetenzen zu erlangen. Bei der Suche nach entsprechenden Partnerspitälern ist vom Bildungsanbieter Unterstützung zu leisten. (← Vorschlag)</p> <p>(Wir haben eine Verbundlösung mit der IPS am Luzerner Kantonsspital (LUKS), welche sehr partnerschaftlich ist, aber sehr fragil, weil wir aus Kapazitätsgründen alleinige Partner des LUKS sind.)</p>		
Cardiocentro Ticino	<p>[...] Rileviamo che nella nostra realtà ticinese la cardiologia e cardiocirurgia sono convogliate nel nostro centro e che quindi gli ospedali che rispettano tutti i criteri da voi richiesti, non possono avvalersi nella formazione pratica di esperienza con questa tipologia di pazienti, rendendo così la loro formazione di fatto incompleta (sia per la casistica che per lo sviluppo di tutto ciò che comporta l'emodinamica, come p.es IABP, ECMO, ma anche Swan-Ganz, PiCCO, ecc.).</p> <p>[...] In conclusione riteniamo che le qualità di una terapia intensiva non debba essere valutata unicamente sul numero di letti, ma anche sulla gravità dei pazienti ed il grado tecnico delle cure prestate.</p> <p>Riteniamo quindi che in ultimo appartenga ai prestatori di formazione che conoscono i partner di formazione pratica, di decidere se il luogo di stage è idoneo alla formazione in maniera completa o solo parziale, con la decisione del tempo necessario per sviluppare le competenze richieste.</p>		

<p><b>SBK</b></p>	<p>Il y a incompréhension en ce qui concerne la différence d'exigences entre les normes de reconnaissance SGI et les exigences des directives en consultation. Peut-être faut-il être plus explicite sur les raisons qui ont amené cette décision ou sur le fait que c'est un choix délibéré et non une incohérence fortuite.</p> <p>Der relative Anteil von Patientenkategorie 1 (A+B) muss mehr als 40% betragen.</p> <p>Diese Zahl möchte ich generell in Frage stellen. Laut den Richtlinien der SGI zur Anerkennung von Intensivstationen gilt ein Anteil Kategorie 1 Patienten von 15% (siehe unten). Eine Abweichende Regelung für die Anerkennung von Praxisorten NDS HF IP macht keinen Sinn.</p>	<p><b>Mehrere Institutionen kritisieren, dass die angeführten Anforderungen an die Praxissituation nicht den Anerkennungskriterien der SGI-Richtlinien entsprechen. Sie verlangen eine Anpassung.</b></p> <p>SGI Richtlinien von 01. November 2007:</p> <p>6 Betten;</p> <p>600 Pat./Jahr;</p> <p>500 Beatmungstage /Jahr;</p> <p>1500 Pflage tage/Jahr</p> <p>Der relative Anteil der Pflegeschichten mit Kategorie 1 (A und B) muss mehr als 15% und diejenige der Kategorie 3 weniger als 40% betragen (gemäss MDSi).</p>	<p>Die SGI-Anerkennung ist Grundvoraussetzung, damit eine Intensivstation als Lernort Praxis in Frage kommt, ist aber nicht gleichzusetzen mit der Anerkennung als Ausbildungsstätte für den ganzen Ausbildungsgang (24 Monate). Siehe Präzisierung, Kap. 5.3.1:</p> <p><i>„Die SGI-Anerkennung ist Grundvoraussetzung, damit eine Intensivstation als Lernort Praxis in Frage kommt., ist aber nicht gleichzusetzen mit der Anerkennung als Ausbildungsstätte für den <b>ganzen</b> Ausbildungsgang. Um alle Kompetenzen an <b>einem</b> Lernort Praxis zu erreichen, sind folgende Minimalkriterien zu erfüllen: [...]“</i></p>
<p><b>KOGS</b></p>	<p>Die Antworten auf diese Frage waren zu drei Viertel positiv.</p> <p>Mehrere Institutionen kritisierten jedoch, dass die angeführten Anforderungen an die Praxissituation nicht den Anerkennungskriterien der SGI entsprächen. Da in den Richtlinien unter 2.1 festgehalten ist, dass als Voraussetzung für die Anerkennung als</p>		

	Lernort Praxis die Anerkennungskriterien der SGI massgebend sind, fordern die Institutionen eine entsprechende Anpassung von 5.2 an diese Kriterien.		
Kantonsspital St. Gallen	Unter 2.1 werden als Voraussetzung für die Anerkennung als Lernort Praxis die geltenden Anerkennungskriterien der SGI aufgeführt. Leider stimmen die unter Punkt 5.2 aufgeführten Anforderungen nicht mit den momentan geltenden Anerkennungskriterien der SGI überein. Die Zahlen müssen kohärent sein. Kriterien / Zahlen an aktuell geltende Anerkennungskriterien anpassen!		
Kantonsspital St. Gallen	Die genannten Zahlen der Anforderungen der Praxis stimmen nicht mit den Zahlen der SGI überein. Die Zahlen sollten übereinstimmen, zumal am Anfang des Dokumentes darauf verwiesen wird. Die verwendeten Zahlen stammen aus den SBK-Richtlinien zur Anerkennung der Ausbildungsstationen.  SGI Richtlinien von 01. November 2007:  6 Betten; 600 Pat./Jahr; 500 Beatmungstage /Jahr; 1500 Pfl egetage/Jahr; Der relative Anteil der Pflegeschichten mit Kategorie 1 (A und B) muss mehr als 15% und diejenige der Kategorie 3 weniger als 40% betragen (gemäss MDSi).		
Ostschweizer Kinderspital SG	Die genannten Zahlen der Anforderungen der Praxis stimmen nicht mit den Zahlen der SGI überein. Die Zahlen müssen übereinstimmen, bitte anpassen.  SGI Richtlinien von 01. November 2007:  6 Betten; 600 Pat./Jahr; 500 Beatmungstage /Jahr; 1500 Pfl egetage/Jahr  Der relative Anteil der Pflegeschichten mit Kategorie		

	1 (A und B) muss mehr als 15% und diejenige der Kategorie 3 weniger als 40% betragen (gemäss MDSi).		
Spital Limmattal	Bettenzahl keine relevante Kenngrösse, weglassen  → Patienten 600/Jahr, SGI vorgaben 400 Patienten/Jahr, diese Anzahl übernehmen		
Kantonsspital Bruderholz	5.2 Kriterien in Bezug auf die Dauer des Praktikums in einer bestimmten Intensivpflegestation  [...] Laut den Richtlinien der SGI zur Anerkennung von Intensivstationen gilt ein Anteil Kategorie 1 Patienten von 15% (siehe unten). Eine Abweichende Regelung für die Anerkennung von Praxisorten NDS HF IP macht keinen Sinn		
Spitalzentrum Biel	Der relative Anteil der Pflegeschichten mit Kategorie 1 (A und B) beträgt mehr als 40% (gemäss MDSi).“ → Die 40% finde ich zu hoch. Zur Anerkennung von der SGI sind 15% vorgeschrieben, z.B. mehr als 30% würde ich angemessener finden. Bei über 40% besteht die Gefahr, dass mehrere von der SGI anerkannte Intensivstationen die bisher Studierende ausbilden, diese Zahl nicht erreichen und ihre Studierenden neu noch in eine grosse IPS schicken müssen, was wieder für diese eine Belastung werden kann.  Auszug aus den SGI Richtlinien zur Anerkennung von Intensivstationen: „Der relative Anteil der Pflegeschichten mit Kategorie 1 (A und B) muss mehr als 15% und diejenige der Kategorie 3 weniger als 40% betragen (gemäss MDSi).“		

OrTra SSVs	<p>Nous estimons que le contexte de travail est un élément clé du développement des compétences. → proposition :</p> <p>Point 5.2 : Pour donner l'opportunité aux personnes en formation de se familiariser avec certaines situations et leur permettre de développer les compétences requises sur un même lieu de stage, celui-ci doit :</p> <p>(→ Vorschlag)          avoir au minimum 8 lits          800 patients/ans          800 heures de ventilation mécanique/an          2000 journées de soins/an          la proportion des horaires de soins consacrés à des patients classés dans la catégorie 1 (A et B) doit être » supérieure ou égale à 50% (selon les MDSi)</p>	OrTra SSVs aimerait revoir les exigences décrites <b>vers le haut</b> (voir proposition à côté)	<p>Nicht nur die Grösse eines Spitals entscheidet über die Ausbildungsqualität. In der heutigen Zeit, müssen auch die kleineren Spitäler berücksichtigt werden.</p> <p>Voraussetzung zu einschränkend für gewisse Spitäler. Entscheidend sind die Abschlusskompetenzen.</p>
Cardiocentro Ticino	<p>[...] Nello specifico, il nostro reparto attualmente è riconosciuto per 6 posti letto, ma ricopre quasi tutte le esigenze richieste per gli 8 posti letto: con 450 pazienti/anno, abbiamo un raddoppio di tutti gli altri criteri richiesti. (vedi Raccolta dati MDSi).</p> <p>Proponiamo quindi che i criteri siano così modificati:          (→ Vorschlag)          - 6 letti,          - 400 pazienti/anno          - 500 giornate di ventilazione meccanica / anno          - 1500 giornate di cura / anno          - La proporzione degli orari di cura consacrati ai pazienti di categoria 1 (A e B) devono essere superiori a 40 % (secondo MDSi) [...]</p>	Cardiocentro Ticino aimerait revoir les exigences décrites au point 5.2 <b>vers le bas</b> (voir proposition à côté)	SGI-Richtlinien müssen als Minimalkriterien berücksichtigt werden. Cf. RLP Pkt 4.4.2.
Kantonsspital	Die in der Aufzählung der Kriterien und in der Tabelle	Könnte man die Tabellen im Text übernehmen?	Diese Tabelle ist eine alte Version, nicht klar

## CD PEC AIU

Bruderholz	aufgeführten Kriterien sollten kongruent sein.  Minimalkriterien in Bezug auf die Dauer des Praktikums in einer bestimmten Intensivpflegestation. (→ Vorschlag)			wie diese ins Bruderholz gekommen ist.  Wird an der Vorschlag festgehalten.
	Anerkennung für alle Phasen an einem Praktikumsort	Anerkennung für eine Phase an einem Praktikumsort		
	8 Betten 600 Patienten / Jahr 500 Beatmungstage / Jahr 1'500 Pflagestage / Jahr relativer Anteil der Patientenkategorie 1 (A+B) min 15%; derjenige der Kategorie 3 weniger als 40% keine Spezialisierung auf einen MDSi Diagnosetyp	6 Betten (s. SGI-SSMI Anerkennungskriterien, 2007) 400 Patienten / Jahr 1'300 Pflagestage / Jahr (s. SGI-SSMI Anerkennungskriterien, 2007) Stationen, die auf bestimmte PatientInnen spezialisiert sind: z.B. Verbrennungen, Herzüberwachung oder andere MDSi Diagnosetypen (nur Kardiologische oder Respiratorische usw.)		
EHNV, Site Yverdon les bains)	5.2 : La proportion des horaires de soins consacrés à des patients classés dans la catégorie 1 (A et B) supérieure à 40% est trop importante pour les hôpitaux périphériques.	Souci : <b>La proportion des horaires de soins consacrés à des patients classés dans la catégorie 1 (A et B) supérieure à 40% est trop importante pour les hôpitaux périphériques</b>		Es gibt kaum Stationen, die diese 40% nicht erreichen
Kantonsspital Bruderholz	Beatmungspatienten zu betreuen sind oft viel einfacher als Patienten zum NIV motivieren und mit ihnen dahin zu arbeiten dass sie nicht an den Tubus kommen, dieses kostet viel Zeit und intensives Arbeiten	<b>Vorschlag: 5.2.</b> Beatmungstage offen lassen.		In den Beatmungstagen sind per Definitionem invasive und nicht-invasive Tage gerechnet, cf. MDSi-Katalog. Siehe Präzisie-

	<p>mit ihnen. Eine Pflegeperson die z.B. einen Patienten betreut der man gerne ohne Tubus über die Runde bringt, dazu die Steuerung von Vasoaktiva und minimale Sedation im Gleichgewicht halten muss ist meiner Ansicht nach viel mehr gefordert als eine Pflegeperson die einen Beatmungspatienten betreut, wird die Beatmung instabil ist sofort der Arzt zur Stelle, will der Patient nicht mehr mitmachen muss die Pflege all ihre technischen wie pflegerische Tricks und Tipps, inklusiv Geduld, Gelassenheit und Aushalten anwenden können, und dieses auch wenn sie überall noch mithelfen soll. Dazu könnt ich viele verschiedene Intensivpflege Patienten Beispiele mache, z.B. grosse V.A.C. Verbandwechseln, bariatrische Chirurgie Patienten, unklare cerebrale Zustände, usw.</p> <p>→ Vorschlag: Beatmungstage offen lassen;</p> <p>Wir sind eine interdisziplinäre IPS hier im Bruderholzspital und meiner Ansicht nach erhalten unsere Studierende sehr viele Lernfelder und kommen mit sehr vielen intensivmedizinischen Themen in Berührung aber leider bringen wir die Beatmungstage Zahlen nicht immer.</p>		<p>rung im Kap. 5.3.1</p>
HFGZ	5.3 sagt zu wenig aus (→ was heisst: nach Möglichkeiten?)	Der Punkt 5.3 sagt zu wenig. Präzisierungen werden gefordert.	Keine Präzisierungen werden gemacht. Punkt 5.3 ist genügend in den KAI Richtlinien der SGI definiert
Kantonsspital St. Gallen	Unter Punkt 5.2 solle es „Die von der SGI- anerkannten Intensivstationen,...“ heissen. Momentan steht folgender Wortlaut: „An von der SGI- anerkannten Intensivpflegestationen...“ (← Vor-	→ <b>Vorschlag: 5.2, Absatz 3:</b> Nicht „An von der SGI- anerkannten Intensivpflegestationen...“ sondern „Die von der SGI- anerkannten Intensivstationen“	✓ Änderung wird angenommen.

	schlag)		
EHNV, Site Yverdon les bains	→ Proposition : il faudrait aussi tenir compte des journées de ventilation non invasive, dans le calcul minimal de journées de ventilation mécanique.	→ Proposition : <b>(pt. 5.2)</b> il faudrait aussi tenir compte des journées de ventilation non invasive, dans le calcul minimal de journées de ventilation mécanique.	✓ Vorschlag wird angenommen (Siehe Präzisierung Kap. 5.3.1)
Berner Bildungszentrum Pflege	→ Ergänzung zu 5.3: Organisatorische und strukturelle Anforderungen:  „Im Betriebskonzept der Intensivabteilung ist das NDS HF Intensivpflege integrierender Bestandteil.“	<b>Ergänzung zu 5.3:</b> → Vorschlag: „Im Betriebskonzept der Intensivabteilung ist das NDS HF Intensivpflege integrierender Bestandteil.“	Eingriff ins Betriebskonzept

### 5.3.1 Anpassungen Intensivpflege<sup>2</sup>

#### 5.2 Anforderungen an die Praxissituation

**Vorbemerkung:** Der MDSi Datensatz wird von allen SGI-anerkannten Stationen erhoben und liefert jährlich die Prozess- und Strukturdaten all dieser Stationen. Er enthält Aussagen über die Anzahl und Komplexität der behandelten Patientensituationen jeder anerkannten Intensivstation. Er stellt somit zur Zeit das beste und objektivste gesamtschweizerische Instrument dar zur Abbildung der Minimalkriterien, welche erfüllt sein müssen, damit alle Kompetenzen am selben Lernort Praxis erreicht werden können.

- Gemäss RLP, Ziff. 4.2.2, ist die SGI-Anerkennung Grundvoraussetzung, damit eine Intensivstation als Lernort Praxis in Frage kommt, ist aber nicht gleichzusetzen mit der Anerkennung als Ausbildungsstätte für den **ganzen** Ausbildungsgang. Um alle Kompetenzen an **einem** Lernort Praxis zu erreichen, sind folgende Minimalkriterien zu erfüllen:
- ~~Die Intensivpflegestation muss eine vielseitige Tätigkeit mit chirurgischen als auch internistischen Patientensituationen auf einer Erwachsenen- und/oder pädiatrischen Intensivstation ausweisen (MDSi). Je nach Patientensituation der Intensivpflegestation variiert für die Studierenden die Dauer der praktischen Bildung an demselben Lernort Praxis.~~
- ~~Damit die gesamte praktische Bildung an demselben Lernort Praxis absolviert werden kann, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:~~
  - ~~8 Betten~~
  - 600 Patienten / Jahr
  - 500 Beatmungstage / Jahr (invasive und nicht-invasive Beatmung gemäss Definition MDSi)
  - 1'500 Pflage<sup>3</sup> / Jahr
  - Der relative Anteil der Pflegeschichten mit Kategorie 1 (A und B) beträgt mehr als 40% (gemäss MDSi)
  - Die Intensivstation muss eine vielseitige Tätigkeit mit chirurgischen als auch internistischen Patientensituationen auf einer Erwachsenen- und/oder pädiatrischen Intensivstation ausweisen (MDSi).
- An **der** von der SGI-anerkannten Intensivstation, welche die obigen Anforderungen nicht erfüllen, kann zumindest **ein Teil eine Phase** der praktischen Bildung absolviert werden. **Der Bildungsanbieter entscheidet in Zusammenarbeit mit dem Lernort Praxis aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Teile an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika notwendig**

<sup>2</sup> Kapitel 5.3.1 zeigt im Korrekturmodus, welche Anpassungen im Text vorgenommen worden sind.

<sup>3</sup> Definition des Pflage<sup>3</sup> gemäss MDSi; Anzahl Pflegeschichten dividiert durch Schichten / 24 Stunden

sind.

### 5.3 Organisatorische und strukturelle Anforderungen

- ~~Die Studierenden arbeiten im Schichtbetrieb sowie an Wochenenden; auf eine lernfördernde Einteilung ist nach Möglichkeiten des Betriebes zu achten.~~  
Die Studierenden werden dem Weiterbildungsstand entsprechend in der Praxis eingesetzt. Auf eine lernfördernde Einteilung ist zu achten.

## 5.2 Notfallpflege: Stellungnahmen Anforderungen an die Praxis – Kap. 6.2 und 6.3

TABELLE 4			
Wer	Was	Zusammenfassung	Lösungsansätze SIN-SGNOR
H+	Zwei Drittel der Antworten auf diese Frage fielen positiv aus. Die restlichen Betriebe fordern, dass entweder die für die Anforderungen an die Praxissituation massgebende Anzahl von 10'000 Erstkonsultationen verringert wird oder sich die Anforderungen an den Kompetenzen orientieren. Für weitere kritische Einwände verweisen wir auf die Stellungnahme der KOGS. Für das weitere Vorgehen verweisen wir auf unseren Vorschlag vorne.	<p><b>Mehrere Betriebe und Verbände fordern, dass entweder die für die Anforderungen an die Praxissituation massgebende Anzahl von 10'000 Erstkonsultationen verringert wird oder sich die Anforderungen an den Kompetenzen orientieren.</b></p> <p>Die fachspezifischen Anforderungen an die Praxissituation sind auf Fallzahlen ausgerichtet, sollten aber primär nach den <b>Kompetenzen</b> ausgerichtet werden (KOGS, Berner Bildungszentrum Pflege)</p>	<p>Antwort auf Frage 1: Aus der Sicht der Fachkreise (SIN-SGNOR) kann auf Zahlen nicht überall verzichtet werden.</p> <p>Die Anzahl von 10'000 Erstkonsultationen wird nicht verringert. Aufgrund der kritischen Rückmeldungen, wird folgender Punkt jedoch adaptiert:</p> <p>„Notfallstationen mit weniger als 10'000 Erstkonsultationen wird empfohlen, Weiterbildungskooperationen mit grösseren Notfallstationen einzugehen (&gt; 15'000) <b>und/oder Notfallstationen mit einem anderen Krankheitsspektrum zu bilden.</b>“</p>
KOGS	[...] Andererseits kritisierten zahlreiche Betriebe die Anzahl von mind. 10'000 Konsultationen als zu hoch angesetzt. Unter diesen Bedingungen könnten vor allem Regionalspitäler das NDS HF Notfallpflege nicht mehr eigenständig anbieten und das Potenzial an Nachdiplomstudiengängen könnte nicht ausgeschöpft werden. Die Betriebe weisen ausserdem darauf hin, dass kleinere NF ganz andere Herausforderungen ans Personal stellen würden als grosse NF und somit alternative Praktika auf kleinen und grossen NF möglich sein sollten. Für NF mit weniger als 10'000 Konsultationen würden ausserdem die verlangten	<p><b>Frage 1:</b> Wie könnten diese Anforderungen formuliert werden, damit sie kompetenzorientiert sind?</p> <p><b>3 Anpassungsvorschläge betreffend Punkt 6.2:</b></p> <p>1) HFGZ und ZIGG schlagen die folgende Änderung zum Punkt 6.2 vor:</p> <p>„Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter, zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind.“ (HFGZ, ZIGG)</p>	<p>Vorschlag 1 mit leichter Anpassung übernommen:</p> <p>„Der Bildungsanbieter entscheidet in Zusammenarbeit mit dem Lernort Praxis aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Teile an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika notwendig sind.“</p> <p>Vorschlag 2 und 3: Zu detailliert</p>

	<p>alternativen Praktika von bis zu einem Jahr eine kaum überwindbare finanzielle Hürde darstellen. Die Betriebe fordern deshalb eine Kürzung der Dauer der alternativen Praktika. Schliesslich sprechen sich mehrere Betriebe grundsätzlich gegen den Heranzug von einer Mindestanzahl Konsultationen aus. Die Anzahl habe nur zum Teil Einfluss auf die Erreichung der Kompetenzen. Im Allgemeinen bliebe die Anzahl der Patientenkontakte ohnehin gleich, egal ob ein NF viele oder wenige Konsultationen habe. Je mehr Konsultationen es gebe, desto mehr Personal werde eingesetzt.</p>	<p>2) Das Berner Bildungszentrum Pflege geht auch in diese Richtung, aber mehr ins Detail. Es schlägt die folgende Ergänzung zum Punkt 6.2 vor.</p> <p><u>„An Notfallabteilung, die die geforderten Anforderungen nicht erfüllen, kann zumindest ein Teil der praktischen Bildung absolviert werden. Der Bildungsanbieter entscheidet aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Phasen an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika nötig sind.“</u></p> <p>Notfallstationen mit weniger als 10'000 Erstkonsultationen wird deshalb empfohlen, Weiterbildungspartnerschaften mit grösseren Notfallstationen einzugehen (&gt; 10'000) und diese allenfalls durch einen Ausleihvertrag zu regeln. So können auch die Ressourcen der Lernorte Praxis bezüglich Kontaktstunden, Selbststudium etc. optimal genutzt werden.“</p> <p>3) Spital Schwyz schlägt die folgende Präzisierung zum Punkt 6.2 vor:</p> <p>[...] Eine individuelle Abklärung durch den Bildungsanbieter muss erfolgen. Dabei soll von den zu erwerbenden Kompetenzen ausgegangen werden. Es soll genau definiert werden, welche Kompetenzen an diesem Lernort Praxis erworben werden können und welche allenfalls in Praktika ausserhalb dieses Lernortes Praxis, z.B. in einem Verbundspital, erworben werden müssen. Dabei sollen vom Bildungsanbieter Empfehlungen zum Zeitumfang für diesen Kompetenzerwerb abgegeben werden.</p>	
<p><b>ZIGG</b></p>	<p>Die fachlichen Anforderungen sind im RLP beschrieben und bilden die Grundlage der Ausbildungsqualität für Bildungsanbieter. Es benötigt keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis, da der RLP auch für den Lernort Praxis verbindlich ist. Die Anzahl (Quantität) der Notfälle pro Jahr hat nur zum Teil Einfluss auf die Erreichung der Kompetenzen (Qualität) im RLP. Deshalb ist es heikel, die Menge von Handlungen zu reglementieren. Es stellt sich die Frage, mit welchen Argumenten die Expertenkommission die Zahlen/die Menge von Handlungen definiert hat. Massgebend ist das Erreichen der Kompetenzen, welche im Rahmenlehrplan beschrieben sind. Es benötigt keine weiteren Vorgaben bezüglich Anzahl von Fällen. Müssen diese Richtlinien umgesetzt werden, wird die Anzahl der Ausbildungsplätze sinken, da Spitäler, welche heute eigenständig ausbilden können,</p>		

	<p>dies nur noch in einem Verbund mit grossen Kliniken tun könnten, was mengenmässig für diese Kliniken gar nicht machbar ist, die Ausbildung verkompliziert und verteuert. Mit solchen Richtlinien würde die Versorgungssicherheit bezüglich Fachpersonen in diesem Berufsfeld noch mehr gefährdet.</p> <p>→ Vorschlag: Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind. Entscheidend ist ob die Kompetenzen am Ende Ausbildung erreicht werden. Wie diese zu erreichen sind, muss nicht festgelegt werden.</p>		
<p>Bernerbildungszentrum Pflege</p>	<p>Es gibt nur wenig Notfallstationen mit mehr als 15'000 Erstkonsultationen. Für die wenigen zur Verfügung stehenden Abteilungen ist es nicht möglich, für Notfallstationen, die nicht ausreichen Erstkonsultationen aufweisen, genügend Praktikumsplätze (Ausleihpraktika, Fremdpraktika) zur Verfügung zu stellen.</p> <p>→ Vorschlag: An Notfallabteilung, die die geforderten Anforderungen nicht erfüllen, kann zumindest ein Teil der praktischen Bildung absolviert werden. Der Bildungsanbieter entscheidet aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Phasen an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika nötig sind. Notfallstationen mit weniger als 10'000 Erstkonsultationen wird deshalb empfohlen, Weiterbildungsallianzen mit grösseren Notfallstationen einzugehen (&gt; 10'000) und diese allenfalls durch einen Ausleihvertrag zu regeln. So können auch die Ressourcen der Lernorte Praxis bezüglich Kontaktstunden, Selbststudium etc. optimal genutzt werden.</p>		

HFGZ	<p>Die fachlichen Anforderung sind im RLP beschrieben und bilden die Grundlage der Ausbildungsqualität für Bildungsanbieter. Es benötigt keine zusätzlichen fachlichen Anforderungen für die Praxis, da der RLP auch für den Lernort Praxis verbindlich ist. Die Anzahl (Quantität) der Notfälle pro Jahr hat nur zum Teil Einfluss auf die Erreichung der Kompetenzen (Qualität) im RLP. Deshalb ist es heikel, die Menge von Handlungen zu reglementieren. Es stellt sich die Frage, mit welchen Argumenten die Expertenkommission die Zahlen/die Menge von Handlungen definiert hat. Massgebend ist das Erreichen der Kompetenzen, welche im Rahmenlehrplan beschrieben sind. Es benötigt keine weiteren Vorgaben bezüglich Anzahl von Fällen. Müssen diese Richtlinien umgesetzt werden, wird die Anzahl der Ausbildungsplätze sinken, da Spitäler, welche heute eigenständig ausbilden können, dies nur noch in einem Verbund mit grossen Kliniken tun könnten, was mengenmässig für diese Kliniken gar nicht machbar ist, die Ausbildung verkompliziert und verteuert. Mit solchen Richtlinien würde die Versorgungssicherheit bezüglich Fachpersonen in diesem Berufsfeld noch mehr gefährdet. Werden Verbundlösungen angestrebt, braucht es dafür verbindliche Rahmenbedingungen (Kostenteiler, Personalaufwand, Betreuungsaufwand etc.). → Vorschlag: Es liegt am Ausbildungsbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter zu entscheiden, ob und wie viele Praktika für das Erreichen der Kompetenzen im Rahmenlehrplan zu absolvieren sind.</p>		
Hirslanden Klinik St. Anna	<p>Der Vorschlag bei weniger als 10'000 Erstkonsultationen Weiterbildungsallianzen mit grösseren Spitälern einzugehen, bedeutet einen deutlichen finanziellen Mehraufwand (externes Praktikum) und eine Belastung (durch Praktikumsbegleitung) für die wenigen Spitäler die mehr als 10'000 Erstkonsultationen durchführen. <i>Zum jetzigen Zeitpunkt ist es schwierig einen Gipspraktikumsplatz in einem grösseren Spital zu erhalten</i> da die Nachfrage gross und das Angebot klein ist. Könnte das in Zukunft auch bei externen Praktika so sein? Vorschlag: Die Fallzahlen der Erstkonsultationen so zu senken, dass es auch in Zukunft für mittelgrosse Notfall-</p>		

	stationen möglich ist das NDS HF anzubieten. Ziel sollte es sein, ausreichend sehr gut qualifizierte Pflegefachfrauen/männer in den Spezialgebieten auszubilden und möglichst vielen Praxisorten, die die Freude am Weiterbilden haben, auch die Möglichkeit zu geben.		
Spital Schwyz	<p>Wichtig ist nicht die absolute Anzahl Patienten, sondern die Möglichkeit des Erlangens der Kompetenzen.</p> <p>Einschätzung nach SGNOR, das heisst, dass eine individuelle Abklärung durch den Bildungsanbieter zu erfolgen hat. Dabei soll von den zu erwerbenden Kompetenzen ausgegangen werden. Es soll genau definiert werden, welche Kompetenzen an diesem Lernort Praxis erworben werden können und welche allenfalls in Praktika ausserhalb dieses Lernortes Praxis, z.B. in einem Verbundspital, erworben werden müssen. Dabei sollen vom Bildungsanbieter Empfehlungen zum Zeitumfang für diesen Kompetenzerwerb abgegeben werden.</p>		
Luzerner Kantonsspital	<p>Mit den fachspezifischen Anforderungen an die gesamte Ausbildung sind wir grundsätzlich einverstanden. Es müssen jedoch Rahmenbedingungen formuliert werden, welche es kleineren und mittleren Spitälern ermöglichen, dass sie gemeinsam die praktische Ausbildung übernehmen können. Es wird schwierig wenn es von den Voraussetzungen zwingend immer ein Praktikum in einem Grossbetrieb benötigt, dies wird kaum mehr planbar für die direkt betroffenen der Abteilungen.</p> <p>Wie in den Empfehlungen der SGNOR beschrieben, ist eine Einteilung auch nach andern Kriterien wichtig. Die Aufteilung nach Anzahl Fällen ist nicht zwingend. Wichtig ist nicht die absolute Anzahl Patientinnen/Patienten, sondern die Möglichkeit, die nötigen Kompetenzen zu erlangen.</p>		
Kantonsspital Nidwalden	Die Anzahl der Erstkonsultationen ist viel zu hoch. Die kleineren Spitäler haben keine Chance eine Notfall-Ausbildung anzubieten, auch wenn sie eine Verbundlösung ausweisen können: ein 1jähriges Fremdpraktikum	Aus organisatorischen und finanziellen Gründen, schlagen einige Betriebe eine <b>Reduzierung der</b>	Regionale Gegebenheiten können nicht berücksichtigt werden.

	können sich nicht alle Kleinspitäler leisten (Stellenplan!!)	<b>Praktikumsdauer vor (Punkt 6.2):</b>	Den Betrieben wird der nötige Freiraum ermöglicht.
Spital Davos	Das Spital Davos unterliegt starken saisonalen Schwankungen. Die Patientenzahlen schwanken zwischen 80 im Winter ,bis unter 10 jeweils in der Zwischensaison. Ein externes Praktikum über mehrere Monate wäre für uns schwierig. Maximal 2 Monate während der Zwischensaison wären möglich. Ab dem 3. Semester ist geplant, dass die Studierende maximal 2 Nächte / Monat alleine auf der Schicht ist und punktuell auch stundenweise auf dem Früh- oder Spätdienst. → Vorschlag 1: max. 2 Monate Fremdpraktikum auf einer grossen Notfallstation oder allenfalls gesplittet während unserer Zwischensaison im Frühling/Herbst	<p>→<b>Vorschlag 1:</b> max. 2 Monate Fremdpraktikum auf einer grossen Notfallstation <u>oder</u> allenfalls gesplittet während unserer Zwischensaison im Frühling/Herbst</p> <p>→<b>Vorschlag 2:</b> 4 – 6 Wochen <u>oder</u> einen Mitarbeiteraustausch</p> <p>→<b>Vorschlag 3:</b> 1 Monat Fremdpraktikum auf einem grossen Notfall zu absolvieren</p>	
Spital Wil	Notfallpraktika von 40 Tagen in einem grösseren Notfall ist für die Planung von Weiterbildenden schwierig, da der Ausfall mit anderen Mitarbeiter kompensiert werden muss. → Vorschlag 2: 4 – 6 Wochen oder einen Mitarbeiteraustausch		
Spital Oberengadin Samedan	Das Spital Oberengadin ist ein Spital mit starken saisonalen Schwankungen. In den Wintermonaten wie auch im Hochsommer sind es Patientenzahlen bis 70 Patienten/24h, also vergleichbar mit einem grossen Notfall. Daher erachten wir es nicht als sinnvoll ein Praktikum über mehrere Monate in einer grossen Notfallstation zu absolvieren, da diese Stelle auch ersetzt werden müsste. Die Monate der Zwischensaison drücken die Jahreszahl runter. Es ist rein von der personellen Planung nicht möglich die Schichten so zu planen, dass man 2 Personen auf eine Schicht legen kann. → Vorschlag 3: Für uns wäre es sinnvoll 1 Monat Fremdpraktikum auf einem grossen Notfall zu absolvieren, gerade dann, wenn die Studierende bereits viel Erfahrung mitbringt.		

<b>KOGS</b>	Einerseits wurde der Begriff „Erstkonsultationen“ als verwirrend empfunden, da nicht klar ist, ob es sich dabei um die triagierten oder um alle vom Notfall behandelten Patienten handelt und ob ein Patient, der sich innerhalb von einem Jahr dreimal in den NF begibt, als eine oder drei Konsultationen gezählt wird. Mehrere Betriebe fordern deshalb, den Begriff „Konsultationen“ zu verwenden.	<b>6.2, Absätze 2 und 4:</b> Der Begriff „Erstkonsultationen“ führt zur Verwirrung  → Vorschlag: „Konsultationen“ statt „Erstkonsultationen“ verwenden	Erstkonsultationen belassen muss aber in den Empfehlungen erläutert werden → Fussnote
CHUV	A la seconde puce, que doit-on comprendre par « totaliser au moins 10 000 premières consultations par an »? Est-ce qu'un même patient qui se présente 3 fois aux urgences durant la même année civile doit être comptabilisé une seule fois? → proposition : nous proposons de modifier cette phrase par « totaliser au moins 10000 consultations par an » Même modification proposée pour la formulation de la 4e puce.		
Solothurner Spitäler	Es besteht jedoch folgende Unklarheit: Gilt die Zahl Patienten für alle triagierten oder alle vom Notfall behandelten Patienten?		
Kantonsspital Frauenfeld	Bei den „Allianzen“ mit grösseren Notfallstationen scheint es uns wichtig zu erwähnen, dass es sich nicht nur um Notfallstationen mit Erstkonsultationen >10.000 Patienten handeln darf, sondern die Studierenden müssen dann auch die Möglichkeit haben bei diesen Einsätzen Kompetenzen zu erlangen die sie an ihrem Ausbildungsort nicht erlangen können z.B. Betreuung und Behandlung von vitalgefährdeten Patienten NACA >4. (Oft wäre wahrscheinlich genau das nicht der Fall)	<b>6.2, Absatz 3:</b> →Vorschlag 1: „Die Patientensituationen decken sowohl ambulante als auch stationäre Situationen ab. Zudem ist es möglich, Kompetenzen bei der Betreuung und Behandlung von Situationen vitalgefährdeter Patienten NACA > 4 und im Schockraummanagement erlangen.“  <del><b>6.2, Absatz 3:</b> Vorschlag 2: Nicht „Die Patientensituationen decken sowohl ambulante als auch stationäre Situationen ab.“ sondern „Die Patientensituationen bilden unterschiedliche Schweregrade ab.“</del>	✓ Vorschlag 1 übernommen.  Vorschlag 2 : wird an der originalen Formulierung festgehalten.
Stadtspital Triemli	6.2, Absatz 3: Vital gefährdete Patienten mit > NACA 4 werden in einigen wenigen Spitälern nicht im Schockraum behandelt, zudem ist das Schockraummanagement auch in einigen wenigen Spitälern nicht mit dem Notfallpersonal gekoppelt. Doch auch in diesen Spitälern sollen die Studierenden einen		

	Einblick in das Schockraummanagement erhalten. Vorschlag 1: „Die Patientensituationen decken sowohl ambulante als auch stationäre Situationen ab. Zudem ist es möglich, Kompetenzen bei der Betreuung und Behandlung von Situationen vitalgefährdeter Patienten NACA > 4 und im Schockraummanagement zu erlangen.“		
Kantonsspital St. Gallen	6.2 Absatz 3: Vorschlag 2: „Die Patientensituationen bilden unterschiedliche Schweregrade ab...“		
Stadtsptial Triemli	6.2: Letzter Punkt ist ein Ausführungsvorschlag → Die Tabelle vor diesen Punkt nehmen und den Punkt als Kommentar zur Tabelle anfügen. 6.3: 3. u 4. Punkt zu spezifisch; 6. Punkt ist bei einem kleinen Notfall ev. nicht notwendig. → Die Punkte 3. und 4. Weglassen (Es gibt noch andere Richtlinien, die nicht aufgeführt oder nicht so populär sind. Die Punkte schränken zu stark ein.) Punkt 6 würden wir weglassen. → 6.3 Schreibfehler - korrekt: <i>Advanced Trauma Care for Nurses</i>	6.2, Absatz 4: Letzter Punkt ist ein Ausführungsvorschlag  → <b>Vorschlag 1:</b> Die Tabelle vor diesen Punkt nehmen und den Punkt als Kommentar zur Tabelle anfügen.  → <b>Vorschlag 2: 6.3, Absätze 3, 4, 6:</b> Weglassen  → <b>Schreibfehler 6.3</b> - korrekt: <i>Advanced Trauma Care for Nurses</i>	✓ Vorschlag 1: OK  Vorschlag 2: Passus wird als wichtig erachtet     ✓ Schreibfehler wird korrigiert
<b>SBK</b> Kantonsspital St. Gallen	→ <b>Vorschlag:</b> Unter Punkt 6.2, Absatz 4 sollte klar formuliert werden, dass die > 10'000 Erstkonsultationen ohne die Zahlen einer evtl. angegliederten Notfallpraxis oder Polyklinik zu sehen sind. Das bedeutet, dass bei einer Notfallstation mit integrierter Notfallpraxis und/oder Polyklinik > 15'000 Erstkonsultationen erforderlich sind.	← <b>Vorschlag</b>	Wird die Notfallpraxis und die Notfallstation von den gleichen Pflegenden betreut, kann auf diese Unterscheidung verzichtet werden. Müsste bei einer Überprüfung der Empfehlungen nochmals beachtet werden.

Kantonsspital St. Gallen	Zu 6.2: Vorschlag: Der letzte Absatz von 6.3 gehört für mich unter 6.2 als 3. Absatz beispielsweise. Medizin und Chirurgie müsste in vergleichbar hohen Anteilen in Erscheinung treten. (z.B. Notfallstationen in Wintersportorten)	<b>Vorschlag:</b> Der letzte Absatz von 6.3 gehört unter 6.2 als 3.	✓ stellt eine Begründung zur anschl. vorausgesetzten Patientenzahl dar
Kantonsspital Winterthur	„Mehrfachverletzte werden nach den Richtlinien des Advanced Trauma Live Support (ATLS) und des Advanced Traumatic Care For Nurses (ATCN) versorgt.“ → Geht es hier darum, dass die Studierenden nur die Richtlinien kennen?	← Frage	Es muss nach der Richtlinien gearbeitet werden. Dies stellt eine wichtige Qualitätsanforderung an die Notfallstation dar.

### 5.4.1 Anpassungen Notfallpflege<sup>4</sup>:

#### 6.2 Anforderungen an die Praxissituation

- Der Lernort Praxis gewährleistet, dass alle Kompetenzen gemäss RLP erworben werden können. Ist dies nicht der Fall, müssen Praktika in anderen Notfallstationen dies ermöglichen.
- Die Notfallstation deckt die interdisziplinäre Versorgung der NotfallpatientInnen ab. Ist die interdisziplinäre Versorgung nicht gewährleistet (Medizin, Chirurgie, Pädiatrie etc.), ist eine Rotation in die anderen Bereiche vorzusehen (mind. Innere Medizin und Chirurgie).
- Die Notfallstation muss eine vielseitige Tätigkeit mit einem interdisziplinären Spektrum und eine Mindestzahl von 10'000 Erstkonsultationen pro Jahr ausweisen, damit die gesamte praktische Bildung an demselben Lernort Praxis absolviert werden kann.
- Die Patientensituationen decken sowohl ambulante als auch stationäre Situationen ab. Zudem ist es möglich, Kompetenzen bei der Betreuung und Behandlung von vitalgefährdeten Patienten NACA > 4 und in Schockraummanagement zu erlangen.
- Notfallstationen mit weniger als 10'000 Erstkonsultationen wird deshalb empfohlen, Weiterbildungsallianzen mit grösseren Notfallstationen (> 15'000) und/oder Notfallstationen mit einem anderen Krankheitsspektrum einzugehen. ~~und diese allenfalls durch einen Ausleihvertrag zu regeln. So können auch die Ressourcen der Lernorte Praxis bezüglich Kontaktstunden, Selbststudium etc. optimal genutzt werden.~~

Lernort Praxis: Anzahl Erstkonsultationen / Jahr	Dauer alternatives Praktikum auf einer Notfallstation mit <b>mehr als 15'000 Erstkonsultationen / Jahr</b>
> 10'000	nicht erforderlich
< 10'000	mind. 40 Arbeitstage
< 8'000	mind. 80 Arbeitstage
< 6'000	1 Jahr

<sup>4</sup> Kapitel 5.4.1 zeigt im Korrekturmodus, welche Anpassungen im Text vorgenommen worden sind.

Der Bildungsanbieter entscheidet in Zusammenarbeit mit dem Lernort Praxis aufgrund der zu erreichenden Kompetenzen, wie viele Teile an diesem Lernort absolviert werden können bzw. welche zusätzlichen Praktika nötig sind.

### 6.3 Organisatorische und Strukturelle Anforderungen

- ~~• Die Studierenden arbeiten im Schichtbetrieb sowie an Wochenenden; auf eine lernfördernde Einteilung ist nach Möglichkeiten des Betriebes zu achten.~~

Die Studierenden werden dem Weiterbildungsstand entsprechend in der Praxis eingesetzt. Auf eine lernfördernde Einteilung ist nach Möglichkeiten des Betriebes zu achten.

- ~~• Im Betriebskonzept der Notfallstation ist das NDS HF in Notfallpflege integrierender Bestandteil.~~  
Variante:
- Mehrfachverletzte werden nach den Richtlinien des Advanced Trauma Live Support (ATLS) und des **Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN)** versorgt.
- Die akutmedizinische Versorgung von internistischen Patienten orientiert sich an den Vorgaben der ILCOR.
- Für die Behandlung von vitalgefährdeten Patienten NACA > 4 stehen entsprechende therapeutische, räumliche und strukturelle Ressourcen zur Verfügung.
- Es wird mit einem validierten, evidenzbasierten Triagekonzept gearbeitet.
- Die Notfallstation ist räumlich eine selbständige Einheit.
- ~~• Die Notfallstation deckt die interdisziplinäre Versorgung der NotfallpatientInnen ab. Ist die interdisziplinäre Versorgung nicht gewährleistet (Medizin, Chirurgie, Pädiatrie etc.), ist eine Rotation in die anderen Bereiche vorgesehen (mind. Innere Medizin und Chirurgie).~~