



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

Vorbehaltsaufgaben der Pflege –

Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung

Stand: 28.02.2024

Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA)

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)

Vorbehaltsaufgaben der Pflege –

Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche
Grundlegung und Einordnung

Autor:innen

Mitglieder des Think Tank

Büscher, Andreas
Jendrzzej Bianca
Klie, Thomas
Krautz, Bernhard
Sirsch, Erika
Weidner, Frank
Weiß, Thomas

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)

Eberl, Inge (Vorsitzende)
Köpke, Sascha (stellv. Vorsitzender)
Büker, Christa
Holle, Bernhard
Horbach, Annegret

Weitere Autor:innen

Brühe, Roland
Igl, Gerhard
Sauter, Dorothea
Tschinke Ingo
Witzmann Markus

Zitieren als:

Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)
(2024) Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung
und Einordnung, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Duisburg,
ISBN 978-3-00-078242-8

Herausgegeben am

28.02.2024

Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP), Duisburg
ISBN 978-3-00-078242-8

Vorwort

Think Tank & Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)

Die berufsrechtliche Verankerung von Vorbehaltsaufgaben im Pflegeberufegesetz (PflBG) kann als Meilenstein in der Professionalisierung der Pflegeberufe interpretiert werden. Was aber versteht man unter Vorbehaltsaufgaben und was implizieren sie für die Versorgungspraxis, für die interprofessionelle Zusammenarbeit und für sozial-, arbeits- und ordnungsrechtliche Regulierungen? Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft gibt mit Blick auf die vielfältig als ungeklärt oder offen geltenden Fragen mit den Mitgliedern des Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TTVA)¹ eine Grundlegung zu Vorbehaltsaufgaben in der Pflege heraus. Dieser Beitrag nimmt eine Einordnung der Vorbehaltsaufgaben aus pflegewissenschaftlicher und juristischer Sicht vor und soll Orientierung und Grundlage für die Umsetzung und die weitere Diskussion schaffen. Mit der gesetzlichen Regelung in § 4 des Pflegeberufegesetzes, welches seit dem 01.01.2020 in Kraft ist, wird eine alte Diskussion wieder aufgegriffen. Bereits vor mehr als 20 Jahren beschrieben Igl & Welti (1998)² in dem Gutachten „Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche“ die Wechselwirkung des direkten Berufsrechts und der geltenden Gesetze, die indirekt die Pflegeberufe und damit auch ihre Professionalisierung beeinflussen.

Mit den gesetzlichen Regelungen im Pflegeberufegesetz zu den Vorbehaltsaufgaben wird der Pflegeprozess als „professionsspezifische Arbeitsmethode zur Gestaltung des Pflegearrangements“³ aufgewertet und ins Zentrum gerückt. Die Methode ist keineswegs neu und wurde bereits in den 1970er Jahren international und mit einer zeitlichen Verzögerung auch in den 1980er Jahren in Deutschland eingeführt

¹ Die Mitglieder des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben und die weiteren Autor:innen werden zum Ende der Publikation vorgestellt.

² Igl, G. & Welti, F. (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche, Göttingen: DBfK-Verlag

³ Deutscher Bundestag (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz). Drucksache 18/7823, S. 66

(Ashworth & WHO, 1987)⁴. In der Folge ist der Prozess auch immer mal wieder kritisch diskutiert worden.⁵

Die mit dem Pflegeberufegesetz seit 2020 in Kraft getretene Regelung zu den Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen wurde anfänglich sehr zurückhaltend rezipiert und ist auch aktuell noch längst nicht flächendeckend in der Umsetzung. Eine Konkretisierung und ein im Konsens getragenes Verständnis, was unter den Vorbehaltsaufgaben im Einzelnen zu verstehen ist, ergab sich weder eindeutig aus der Begründung des Gesetzgebers, noch aus einem allgemein geteilten pflegewissenschaftlichen und pflegerechtlichen Diskurs. Gerhard Igl hatte bereits 2019 einen abgestimmten Text namhafter Pflegerechtler:innen und Pflegewissenschaftler:innen initiiert, der sich insbesondere mit Auslegungsfragen und Lösungen beschriebener Probleme zur Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben befasste.⁶

Nachdem weder das Bundesministerium für Gesundheit, noch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend oder der Deutsche Pflegerat das Thema Vorbehaltsaufgaben ihrerseits aufgegriffen und einer Konkretisierung zugeführt hatten, veranstaltete die Vereinigung der Pflegenden in Bayern im Juli 2021 einen Fachtag zu Vorbehaltsaufgaben in der bayerischen Landesvertretung in Berlin, zu dem auch die Vertreter:innen der zu dem Zeitpunkt bestehenden Pflegekammern eingeladen wurden. Auch der seinerzeitige Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Herr Andreas Westerfellhaus, nahm an der Veranstaltung teil. Im Anschluss an die Veranstaltung in Berlin wurde ein Think Tank aus Pflegerechtler:innen, Pflegewissenschaftler:innen und Pflegepraktiker:innen gebildet, der sich seitdem intensiv mit Fragen der Vorbehaltsaufgaben sowohl in pflegewissenschaftlicher als auch in pflegerechtlicher Hinsicht befasst.

⁴ Ashworth, Pat M. & World Health Organization. Regional Office for Europe. 1987, People's needs for nursing care : a European study : a study of nursing care needs and of the planning, implementation and evaluation of care provided by nurses in two selected groups of people in the European Region / Pat Ashworth ... [et al.]. World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen

⁵ Zegelin, A., Schöniger, U., (1998). „Hat der Pflegeprozess ausgedient?“ Die Schwester/Der Pfleger, 37 (4), 305 - 310

⁶ Büscher, A., Igl, G., Klie, T., Kostorz, P., Kreutz, M., Weidner, F., Weiß, T., Welti, F. (2019): Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vor-behaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) - Anmerkungen und Lösungsvorschläge. URL: <https://www.dip.de/materialien>

Initiator der Veranstaltung sowie auch des Think Tank war der Pflegerechtler Thomas Klie, auch aus seiner Rolle als Justiziar der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) heraus. Auf Initiative des seinerzeitigen Vorsitzlandes Baden-Württemberg nahm die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) im Jahr 2021 das Thema Vorbehaltsaufgaben auf ihre Agenda und setzte eine entsprechende Arbeitsgruppe ein, die im Jahre 2022 tagte. In ihr wirkten neben Vertreter:innen aus Bundesländern, von Berufsverbänden und Pflegekammern, von Verbänden der Leistungserbringer und Leistungsträger sowie von Pflegekammern auch persönlich berufene Mitglieder des Think Tanks mit. Für diese ASMK-Arbeitsgruppe übernahm der Think Tank vorbereitende und beratende Aufgaben.

Die Mitglieder des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben arbeiten seit Anfang 2021 in regelmäßig stattfindenden Treffen zusammen und befassen sich mit einer Reihe von spezifischen Fragen etwa zur Bedeutung der Vorbehaltsaufgaben in unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Sektoren (Krankenhäuser, häusliche Krankenpflege, psychiatrische Pflege). Sie nehmen im Rahmen ihrer Referent:innen Tätigkeiten Aufgaben der Information über die Vorbehaltsaufgaben in Vortrags- und Fortbildungsveranstaltungen wahr. Im Think Tank tauschen sich die Mitglieder zu ihren Einzelaktivitäten aus, koordinieren gemeinsam ihre Beiträge zum Diskurs, der sowohl disziplinär als auch interdisziplinär geführt wird. Bei Einsätzen auf verschiedenen Kongressen und Veranstaltungen in den vergangenen Jahren sowie in etlichen Publikationen geht es dem Think Tank stets um Präzisierungen, Klärungen und gelingende Umsetzung der für die weitere Professionalisierung der Pflege maßgeblichen Regelung der Vorbehaltsaufgaben. Aus dem Think Tank heraus wurde auch vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) ein Forschungsprojekt mit Förderung durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. initiiert (www.vapik.de).

Aus der Arbeit des Think Tanks heraus entstand auch die vorliegende Publikation. Darin finden sich Beiträge aus unterschiedlichen Perspektiven⁷. Im ersten Beitrag werden pflegefachliche Begründungszusammenhänge dargelegt, die u.a. auf dem

⁷ An den Kapiteln arbeiteten auch Kolleg:innen mit, die nicht Mitglied des Think Tanks sind.

Pflegeprozessmodell sowie dem Verständnis professionellen Pflegehandelns und weiteren Grundlagen basieren. Dem folgen im zweiten Kapitel ausgewählte rechtliche Aspekte der Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen. Spezifische Versorgungskontexte werden in den folgenden Kapiteln adressiert. Zunächst wird die ambulante und stationäre Langzeitpflege im Kapitel drei in den Blick genommen. Dem schließen sich Hinweise zur Bedeutung der Vorbehaltsaufgaben in der Akutpflege im vierten Kapitel an. Die spezifische Bedeutung für die psychiatrische Pflege wird im fünften Kapitel ausgeführt, Perspektiven des Pflegemanagements folgen im Kapitel sechs. Die Bedeutung für die Pflegebildung wird im Kapitel sieben erörtert. Die Publikation schließt mit einem Ausblick und Vorstellungen zur weiteren Qualifizierung des pflegewissenschaftlichen, rechtlichen und anwendungsbezogenen Diskurses.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	3
INHALTSVERZEICHNIS	7
1. VORBEHALTSAUFGABEN FÜR PFLEGEFACHPERSONEN – PFLEGEFACHLICHE BEGRÜNDUNGSZUSAMMENHÄNGE	9
1.1 EINLEITUNG.....	9
1.2. PFLEGEPROZESSMODELL ALS METHODISCHER RAHMEN.....	11
1.3 PROFESSIONELLES PFLEGEVERSTÄNDNIS ALS THEORETISCHER RAHMEN	13
1.4 WEITERE PFLEGEFACHLICHE UND -BILDUNGSBEZOGENE ZUSAMMENHÄNGE	16
1.4.1 <i>Zusammenhänge zum Verständnis pflegerischer Aufgaben</i>	16
1.4.2 <i>Zusammenhänge zu gesundheitsbezogenen Versorgungsstrategien</i>	17
1.4.3 <i>Zusammenhänge der qualifikationsbezogenen Grundlagen</i>	18
1.5 ZUSAMMENFASSUNG.....	20
1.6 LITERATUR	24
2. AUSGEWÄHLTE RECHTLICHE ASPEKTE DER VORBEHALTSAUFGABEN FÜR PFLEGEFACHPERSONEN (§ 4 PFLBG)	27
2.1 EINLEITUNG.....	27
2.2 GEHÖRT DIE PFLEGEPLANUNG AUCH ZU DEN VORBEHALTSAUFGABEN?	28
2.3 DIE REGELUNG ALS ABSOLUTER VORBEHALT.....	30
2.4 KONSEQUENZEN FÜR DIE ARBEITSORGANISATION.....	32
2.5 HAFTUNGSRECHTLICHE KONSEQUENZEN	33
2.6 DER ANWENDUNGSVORRANG DES PFLBG VOR DEM LEISTUNGSERBRINGUNGSRECHT DES SGB V UND SGB XI	35
2.7 AUSBLICK: AUCH EINE WEITERENTWICKLUNG DES SOZIALLEISTUNGSRECHTS IST ERFORDERLICH.	37
2.8 LITERATUR	37
3. BEDEUTUNG DER VORBEHALTSAUFGABEN FÜR DIE AMBULANTE UND STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	39
3.1 EINLEITUNG.....	39
3.2 AMBULANTE PFLEGE.....	39
3.2.1 <i>Der Regelungsbedarf</i>	44
3.2.2 <i>Die Besonderheiten der spezialisierten ambulanten Krankenpflege</i>	46
3.2.3 <i>Weiterentwicklung der HKP-Richtlinie und der Verträge gem. § 132a SGB V unter Berücksichtigung der vorbehaltenen Aufgaben für Pflegefachpersonen</i>	47
3.3 STATIONÄRE LANGZEITVERSORGUNG.....	51
3.3.1 <i>Personalbemessung</i>	54
3.4 LITERATUR:	56

4.	VORBEHALTSAUFGABEN IN DER AKUTVERSORGUNG	58
4.1	GENERALISTIK IN DER AKUTPFLEGE.....	58
4.2	INTERPROFESSIONALITÄT IN DER AKUTVERSORGUNG	60
4.3	VORBEHALTSAUFGABEN IN DER AKUTPFLEGE.....	63
4.5	FAZIT	66
4.6	LITERATUR.....	68
5.	VORBEHALTSAUFGABEN – BEDEUTUNG FÜR DIE 'PSYCHIATRISCHE PFLEGE'	70
5.1	BEDEUTUNG DER VORBEHALTSAUFGABEN FÜR DIE PSYCHIATRISCHE PFLEGE.....	70
5.2	RELEVANTE MODELLE UND KONZEPTE.....	71
5.3	VERSTÄNDNIS UND AUFGABEN PSYCHIATRISCHER PFLEGE UND INTERPROFESSIONELLER VERSORGUNG.....	72
5.4	BESONDERHEITEN DES VERSORGUNGSaufTRAGS UND DER VERSORGUNGSSITUATION IN DER PSYCHIATRIE.....	74
5.5	ANFORDERUNGEN AN DIE VORBEHALTSAUFGABEN IN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE	75
5.6	WEITERE ANFORDERUNGEN IN SPEZIFISCHEN SETTINGS	76
5.7	DER PFLEGE- UND ERZIEHUNGSDIENST IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE:.....	77
5.8	HANDLUNGSBEDARFE	78
5.9	LITERATUR	79
6.	PERSPEKTIVEN DES PFLEGEMANAGEMENTS	81
6.1	EINLEITUNG	81
6.2	RECHTLICHER RAHMEN	81
6.3	ROLLENBILD UND SELBSTVERSTÄNDNIS DES PFLEGEMANAGEMENTS	83
6.4	VERANTWORTUNGSEBENEN UND HANDLUNGSFELDER DES PFLEGEMANAGEMENTS	85
	6.4.1 <i>Handlungsebenen und Aufgabenfelder</i>	85
	6.4.2 <i>„Dreiklang“ von Einflussfaktoren</i>	88
6.5	PRAXISASPEKTE DER FÜHRUNGsarBEIT	89
6.6	LITERATUR.....	93
7.	VORBEHALTSAUFGABEN UND PFLEGEbILDUNG.....	94
7.1	ERZIEHUNG	94
7.2	BILDUNG	97
7.3	DIDAKTIK.....	99
7.4	FAZIT	101
7.5	LITERATUR	102
8.	AUSBLICK	104
9.	AUTOR: INNEN	108

1. Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen – Pflegefachliche Begründungszusammenhänge

Frank Weidner, Andreas Büscher, Bianca Jendrzej, Bernhard Krautz, Erika Sirsch

1.1 Einleitung

In diesem einführenden Beitrag werden pflegefachliche und -wissenschaftliche Grundlegungen und Zusammenhänge zu den gesetzlichen Regelungen der Vorbehaltsaufgaben im § 4 PflBG dargelegt. Sie fußen auf dem inzwischen mehrjährigen interdisziplinären Austausch zwischen Vertreter:innen der Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und der Jurisprudenz im Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA). Die Begründungszusammenhänge sollen transparent darlegen, was im Hinblick auf die gesetzlichen Vorgaben aus fachlicher Sicht wie verstanden wird. Auf diesen Darlegungen aufbauend lassen sich dann weitere, spezifische Fragen etwa im Hinblick auf die Bedeutung und Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben in der Praxis, in der Bildung und im Management beantworten.

Der Gesetzgeber hat mit dem §4 PflBG erstmals Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen normiert. Damit werden laut Begründung im Pflegeberufereformgesetz aus dem Jahr 2016 vorrangig pflegerische Aufgaben geregelt, die eine besondere Bedeutung zur Sicherstellung der Pflegequalität im Sinne des Gesundheits- und Patientenschutzes haben. Dies ist die zentrale Begründung, die den Gesetzgeber zugleich dazu berechtigt, mit den Vorbehaltsaufgaben für die Pflege die Freiheit der beruflichen Ausübung anderer Berufe, wie etwa von Ärzt:innen, in den geregelten Bereichen einzuschränken. Neben der ausdrücklichen Betonung des Gesundheits- und Patientenschutzes wertete der Gesetzgeber mit dem neuen Vorbehaltsrecht den Pflegeberuf durch die Verzahnung von Qualifikation und Verantwortung deutlich auf (vgl. Deutscher Bundestag (BT) Drucksache 18/7823, S. 66).

Das in der Pflegebildung und -praxis eingeführte Pflegeprozessmodell spielt bei der Ausgestaltung vorbehaltlicher Aufgaben als professionsbezogenes Instrument eine tragende Rolle. Da die Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen als

charakteristische Kernaufgaben der beruflichen Pflege eine profunde Qualifikation und Berechtigung voraussetzen, dürfen die Vorbehaltsaufgaben nun ausschließlich durch zielgerichtet ausgebildetes Personal mit den erforderlichen Kompetenzen und der Erlaubnis gem. §1 PflBG wahrgenommen werden. Diese Zusammenhänge sind nunmehr für die Pflege und alle anderen professionellen Akteur:innen konstitutiv: Patientenschutz - Qualifikation – Vorbehaltsaufgaben (vgl. ebd.).

Um diesen Regelungen Nachdruck zu verleihen werden gem. § 4 Abs. 3 PflBG die Arbeitgeber in jedem einzelnen Fall unter Androhung von Sanktionen verpflichtet sicherzustellen, dass pflegerische Vorbehaltsaufgaben nur noch durch entsprechend qualifiziertes und berechtigtes Pflegepersonal ausgeübt werden.

Im § 4 Abs.2 Nr. 1 – 3 PflBG regelt der Gesetzgeber die Bestandteile des pflegerischen Vorbehaltsrechts. Dabei handelt es sich um folgende Aufgaben

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs
- Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege

Auch wenn die Überschrift zum § 4 PflBG „Vorbehaltene Tätigkeiten“ lautet, so wird im folgenden Gesetzestext von „Aufgaben“ im Kontext des Vorbehaltsrechts gesprochen. Auch aus pflegfachlicher und aus juristischer Sicht spricht gerade die Komplexität der beschriebenen Aufgaben im § 4 PflBG und die damit zusammenhängende Verantwortungsübernahme im Pflegeprozessgeschehen durch Pflegefachpersonen gegen den „Tätigkeitsbegriff“ und für den weiteren Gebrauch der Terminologie „Vorbehaltsaufgaben“ (vgl. Klie & Weiß 2023).

Mit dem PflBG wurde die generalistische Pflegeausbildung eingeführt und damit das dem Konzept der Vorbehaltsaufgaben zu Grunde liegende Pflegeverständnis auf zu versorgende Menschen aller Altersgruppen und Arbeitsfelder ausgeweitet. Darauf beziehen sich auch die Ausführungen zu den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG. Bereits 2019 hatte sich eine ähnlich wie der TT VA besetzte interdisziplinäre Arbeitsgruppe intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG in Bezug auf alle Altersgruppen unabhängig vom jeweiligen Berufsabschluss gelten können. Im Ergebnis wurde festgehalten, dass die Ausübung

der Vorbehaltsaufgaben für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege – im Unterschied zur Gesundheits- und Krankenpflege und zu den zukünftig generalistisch qualifizierten Pflegefachpersonen nur eingeschränkt – eben auf diese Altersgruppen bezogen – gelten können. Für die Ausweitung auch auf andere Altersgruppen wurden u. a. entsprechende Zeiträume der Berufserfahrung oder Anpassungsqualifizierungen für Kinderkranken- und Altenpfleger:innen vorgeschlagen. Der TT VA teilt mit Bezug auf § 58 Abs. 3 PflBG diese Auffassungen (vgl. Büscher et al. 2019, S. 2).

1.2. Pflegeprozessmodell als methodischer Rahmen

Das Pflegeprozessmodell fußt auf pflegetheoretischen Entwicklungen seit den 1950er Jahren in den USA. Es wurde 1974 von der WHO im Rahmen des sog. „mittelfristigen Programms“ in Europa eingeführt und 1985 erstmals in das Krankenpflegegesetz und später auch in das Altenpflegegesetz aufgenommen. Es gilt international als konsentiertes, strukturierendes Regelkreismodell in der professionellen Pflege. Das WHO-Modell beschreibt die vier Phasen des Pflegeprozesses als „Assessment, Planning, Intervention and Evaluation“. Im Nachgang haben sich weitere fünf- und sechsschrittige Modelle verbreitet, die aber im Prinzip das vierphasige Modell implementiert und weiter ausdifferenziert haben. Der Pflegeprozess wird auch als Problemlösungs- oder Beziehungsprozess beschrieben, in dem es nach Möglichkeit zur Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen zwischen den Pflegenden und den zu pflegenden Menschen kommen soll (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1979, S. 3).

Im § 4, Abs. 2 PflBG werden einzelne Bestandteile des Pflegeprozessmodells ins Zentrum der Methodik der vorbehaltenen Aufgaben gestellt, andere nicht. So gilt, dass überall dort, wo im Rahmen einer vertraglich vereinbarten oder professionell erforderlichen Versorgungsleistung eine pflegerische Einschätzung notwendig ist, die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs ausschließlich Pflegefachpersonen mit Erlaubnis nach § 1 PflBG ausüben dürfen. Dies impliziert selbstverständlich auch den Vorbehalt im Falle eines nicht feststellbaren Pflegebedarfs, denn auch die Feststellung, dass kein individueller Pflegebedarf vorliegt, ist Vorbehaltsaufgabe der Pflege. Auch die Analyse, Evaluation, Sicherung

und Entwicklung der Qualität der Pflege darf nur von entsprechend berechtigten Pflegefachpersonen ausgeübt werden.

Abweichungen der aufgeführten Vorbehaltsaufgaben vom Prozessmodell gibt es insbesondere zur zweiten Phase des Pflegeprozesses „Planning“ („Planung der Pflege“ gem. § 5 Abs. 3, Nr. 1 a PflBG) und zur dritten Phase „Intervention“ („Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen“ gem. § 5 Abs. 3, Nr. 1 c PflBG). Übergreifend über den Prozess werden die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ aber als Bestandteil der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben formuliert und unterstreichen hier die Gesamtverantwortung der Pflegefachpersonen gem. § 1 PflBG für das Prozessgeschehen.

Aus pflegewissenschaftlicher und -fachlicher Sicht sind die Phasen eins und zwei des Pflegeprozesses (Assessment und Planning) nicht zu trennen, da der Erhebung und Feststellung eines Pflegebedarfs stets die Klärung erreichbarer Ziele und die daraufhin notwendige Planung der Pflegemaßnahmen folgt. Beide Phasen fußen auf den gleichen Wissensgrundlagen und Kompetenzen und haben denselben fachlichen Anspruch. Es wäre daher aus fachlicher Perspektive nicht zu begründen, warum die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs eines Menschen der umfänglichen fachlichen Kompetenz und Erlaubnis zwingend bedürfen, die darauf gründende Planung der individuellen Pflegemaßnahmen aber nicht. Daher ist es gerade auch im Hinblick auf den so bedeutenden Schutz von kranken und pflegebedürftigen Menschen aus fachlicher und pflegerechtlicher Perspektive dringend zu empfehlen, die Pflegeplanung ebenfalls als Bestandteil des Vorbehaltsrechts anzusehen (Klie & Krautz 2021). Ein weiteres, juristisches Argument kommt hinzu. Der Gesetzgeber hätte eine aus fachlicher Sicht so zentrale Entscheidung, die Pflegeplanung nicht im Vorbehaltsrecht einzubinden, eigens in der Begründung zum Pflegeberufereformgesetz erläutern müssen. Da er dies aber im Gegensatz zu anderen Zusammenhängen im Vorbehaltsrecht nicht getan hat, könnte juristisch von einer sogenannten „planwidrigen Regelungslücke“ gesprochen werden (vgl. Weidner 2021, S. 22).

Im Gegensatz dazu, können aus fachlicher und juristischer Sicht sehr wohl die Durchführung und Dokumentation der Pflege als Aufgaben an Assistenzkräfte mit einem niedrigeren Qualifikationsniveau übertragen werden, wenn zugleich sichergestellt ist, dass die Gesamtverantwortung für die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses bei der Pflegefachperson mit Erlaubnis nach § 1 PflBG verbleibt.

Die folgende Abbildung zeigt das Pflegeprozessmodell im Kontext der vorbehaltenen Aufgaben unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher und fachlicher Einschätzung des TT VA. Die Pflegeplanung wird hier als pflegerische Vorbehaltsaufgabe verstanden, die Durchführung und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen hingegen nicht.

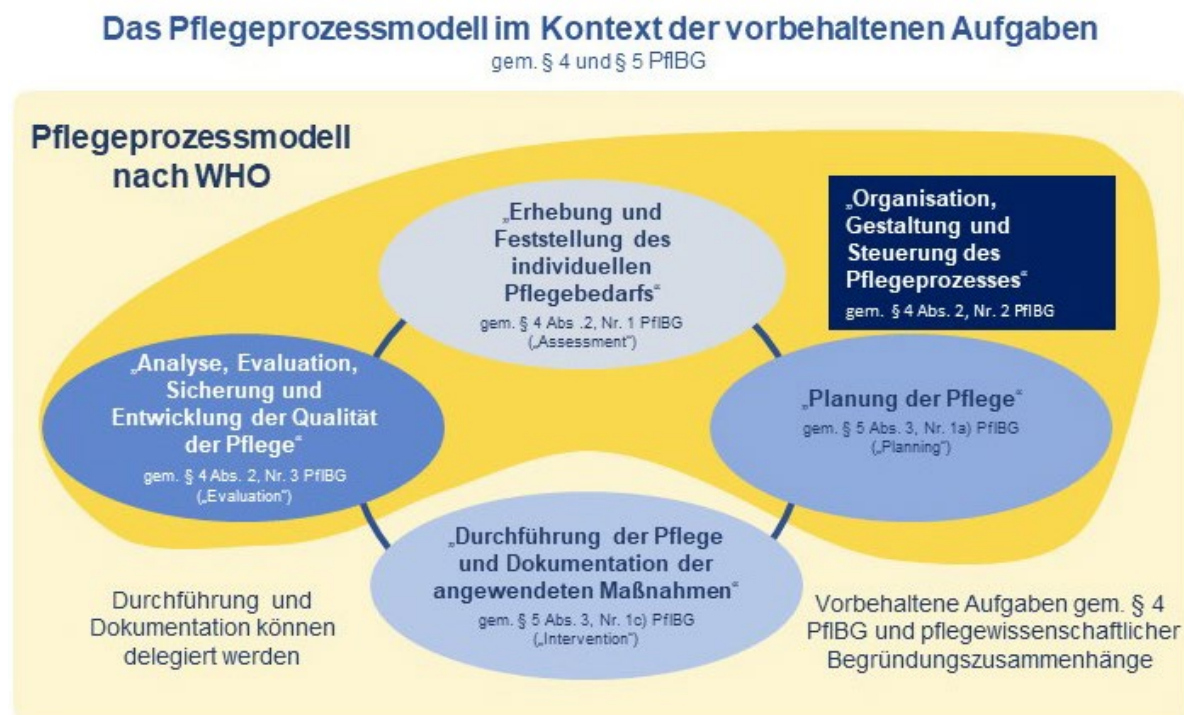


Abbildung 1 Vorbehaltsaufgaben gemäß Grundverständnis im TT VA (Quelle: Weidner)

1.3 Professionelles Pflegeverständnis als theoretischer Rahmen

Die Wahrnehmung und Ausübung von Vorbehaltsaufgaben sind nicht nur im Kontext des Pflegeprozessmodells zu sehen, sondern auch im Zusammenhang mit weiteren theoretisch und praktisch relevanten Rahmensetzungen und Modellen, die für die praktische Pflege von Bedeutung sind. Dazu gehört das professionelle

Pflegeverständnis, das im Folgenden als maßgeblich für das erweiterte Verständnis pflegerischer Versorgung skizziert wird.

Der Pflegealltag ist bekanntlich von hoher Komplexität, Dynamik und Unvorhersehbarkeit der Prozesse gekennzeichnet. Dabei muss von Pflegefachpersonen eine Vielzahl von Regeln rechtlicher Art, fachlicher Standards und Leitlinien etc. beachtet und eingehalten werden. Zugleich müssen sie die Wünsche, Fähigkeiten und Einschränkungen von kranken und auf Pflege angewiesenen Menschen und ihrer Angehörigen berücksichtigen, die sich zudem von Tag zu Tag und mitunter auch kurzfristiger ändern können. Kurzum, der professionelle Pflegealltag ist wie andere soziale Handlungsfelder auch von einer anspruchsvollen und oftmals widersprüchlichen Wechselwirkung von Regel- und Fallverstehen bestimmt. D.h. mitunter wollen oder brauchen Patient:innen partout genau das, was sich fachlich an sich gerade nicht empfiehlt oder umgekehrt. Professionelle Akteur:innen müssen auch aus diesem Grund besonders gut qualifiziert sein, um diese Ansprüche und Widersprüche situativ auszutarieren, genau zu begründen und zu dokumentieren, warum sie etwas tun und warum sie etwas lassen. Dabei dürfen sie nicht beliebig argumentieren, sondern müssen Regeln einhalten, ohne den Patientenwillen zu missachten. Schließlich geht es nicht selten dabei auch um existenziell bedeutsame Entscheidungen, ggf. auch um Entscheidungen über Leben oder Tod (vgl. Weidner 2019, S. 15, Büscher et al. 2023a und 2023b). Im Projekt VAPiK, Vorbehaltsaufgaben im Krankenhaus⁸, werden seit Anfang 2023 Erfahrungen und Ansätze, wie die oben beschriebenen, zu den Vorbehaltsaufgaben in der akutstationären Versorgung gesammelt und ausgewertet.

Die berufsrechtlich kodifizierten pflegerischen Vorbehaltsaufgaben müssen nun vor dem Hintergrund dieser komplexen Kontexte des professionellen Pflegealltags verstanden und implementiert werden. Der Gesetzgeber hat den Pflegeprozess in den Mittelpunkt des § 4 PflBG gestellt und die vorbehaltenen Aufgaben an ihm orientiert. Er hat die Vorbehaltsaufgaben nicht in Form von Einzeltätigkeiten oder Tätigkeitskatalogen beschrieben und geregelt, was sowohl aus Sicht der Ärzteschaft

⁸ Link zu Projekt VAPiK: <https://www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de/vapik/> (Zugriff 07.02.2024)

aber auch in der pflegerischen Praxis eine verbreitete Vorstellung von Vorbehaltsaufgaben ist. Simplifizierungen wie einfache Tätigkeitslisten verbieten sich hier allein schon aufgrund der gegebenen Komplexität der Gesamtzusammenhänge. Damit unterstützt das Konzept der Vorbehaltsaufgaben aus § 4 PflBG auch die (weitere) Implementierung des Pflegeprozessmodells in der interprofessionellen Praxis der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland.

So verständlich es ist, dass Pflegefachpersonen hier nach Tätigkeitslisten, Vereinfachungen und Handlungsrezepten zur Reduktion der häufig schwer überschaubaren Komplexität und Dynamik im Alltag rufen, so wenig hilfreich würde es sein, diese formulieren und implementieren zu wollen. Derartige Vereinfachungen der professionstypischen Komplexität werden ihr Ziel verfehlen und nur Scheinorientierung oder -sicherheit entstehen lassen. Akteur:innen anderer sozialer Handlungsfelder wie Sozialarbeiter:innen oder auch Lehrer:innen geht es übrigens häufig ähnlich. Pflegerische Vorbehaltsaufgaben müssen also stets im Kontext komplexer Regel- und Fallzusammenhänge im Versorgungsalltag als Verantwortungsrollen für den Pflegeprozess realisiert werden. Sie können daher auch nur so verstanden, analysiert, erlernt und überprüft werden. Daher gilt es, zugrundeliegende Regelwerke wie Standards, Leitlinien, aber auch gesetzliche Regelungen genauer zu untersuchen, ob sie dem pflegerischen Vorbehaltsrecht bereits gerecht werden oder nicht. Und es wird in den verschiedenen Versorgungssettings darum gehen, pflegerische Situationen und Fälle zu analysieren, ob und wie die berufsrechtlichen Regelungen zu den Vorbehaltsaufgaben Begründungen, Entscheidungen und Handlungen von verantwortlich Pflegenden verändert oder nicht.

Diese praktischen Zusammenhänge der professionellen Pflegearbeit werden recht anschaulich in der handlungsorientierten Professionstheorie berücksichtigt. Sie wurde Anfang der 80er Jahre von Ulrich Oevermann skizziert und auf verschiedene soziale Handlungsfelder übertragen (vgl. Dewe und Otto 2002, Weidner 2011). Die handlungsorientierte Professionstheorie wird auch hier zugrunde gelegt, zumal sich dieses Erklärungsmodell in der Pflege sukzessive weitgehend durchgesetzt hat (vgl. Krampe 2008). Professionelles Pflegehandeln wird demnach verstanden als eine situations- und fallorientierte Anwendung wissenschafts-basierten Regelwissens im Rahmen hermeneutischen Fallverstehens unter Berücksichtigung der Respektierung

der Wünsche und Autonomie der zu pflegenden Menschen. Es braucht dem Verständnis nach besonderer Begründungs- und Entscheidungskompetenzen, um die widersprüchlichen Zusammenhänge aus Regel- und Fallverstehen bearbeiten zu können (vgl. Weidner 2019).

Die Regelungen zu den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG berühren das professionelle Pflegeverständnis allerdings auch noch in anderer Hinsicht. Nach klassischem Professionsverständnis ordnen sie erstmals der Pflege einen geschützten, handlungsautonomen Zuständigkeitsbereich zu. Neben der wissenschaftsbasierten Qualifikation von Berufsangehörigen (Pflegestudium) und einer berufsständisch organisierten Selbstverwaltung (Heilberufskammer) handelt es sich bei der Handlungsautonomie (Vorbehaltsrecht) um ein drittes zentrales Strukturmerkmal von Professionen nach strukturfunktionalistischer Sichtweise. Grundlage für die Professionalisierung von Berufsfeldern ist eine zentrale gesellschaftliche Funktion, die die Profession übernimmt. Im Falle der Pflege geht es dabei um die Beantwortung und Bearbeitung individueller wie gesellschaftlicher Herausforderungen zur Pflegebedürftigkeit und die damit zusammenhängenden Aspekte der Prävention und Versorgung sowie der entsprechende Schutz von kranken und pflegebedürftigen Menschen (vgl. Hülsken-Giesler 2015).

1.4 Weitere pflegfachliche und -bildungsbezogene Zusammenhänge

1.4.1 Zusammenhänge zum Verständnis pflegerischer Aufgaben

Neben methodischen und theoretischen Rahmensetzungen geht es bei der Einordnung und dem Verständnis von Vorbehaltsaufgaben der Pflege auch um weitere praktische und bildungsrelevante Grundlegungen und Zusammenhängen pflegerischer Versorgungssituationen. So haben Wingefeld und Büscher (2017) im Auftrag des BMG eine Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgelegt, die eine hilfreiche Orientierung zu Aufgabenbereichen auch im Hinblick auf andere Sektoren und Institutionen darstellen kann.

Sie unterscheiden zum einen vier Aufgabenbereiche voneinander: bereichsübergreifende Aufgaben, Aufgabenbeschreibungen auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen sowie indirekte Leistungen. Als bereichsübergreifende Aufgaben beschreiben sie die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, die Beobachtung, die Abwehr von gesundheitlichen Risiken sowie die Kommunikation und Beratung. Diese Aufgaben lassen sich nicht einzelnen Aufgabenbereichen und Aktivitäten zuordnen, sondern liegen gewissermaßen quer zu ihnen.

Die Aufgabenbeschreibungen auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beziehen sich auf die im § 14 SGB XI festgelegten Versorgungsbereiche Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte und auch auf die Haushaltsführung.

Einzelne Aufgaben in den genannten Bereichen, die immer auch übergreifenden Charakter haben können, werden auf der Handlungsebene näher operationalisiert und unterschieden in Hilfen, Aufklärung, Beratung, Anleitung, zielgerichtete Ressourcenförderung, umgebungsbezogene Maßnahmen, unmittelbar verhaltensbezogene Maßnahmen sowie die Alltagsgestaltung.

1.4.2 Zusammenhänge zu gesundheitsbezogenen Versorgungsstrategien

Die Pflege wird nach traditionellem Verständnis immer noch ans Ende der Versorgungskette gestellt und zwischen den Versorgungsstrategien Rehabilitation und Palliation eingeordnet (vgl. Hurrelmann et al. 2014). Im Kontext der Klärung von Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen ist i.V. mit dem Pflegeverständnis in § 5 PflBG darauf zu achten, dass „Pflege“ insgesamt umfassender verstanden wird. Die Pflege soll sich den Ausbildungszielen des PflBG entsprechend gezielt aller Strategien der Gesundheitsarbeit bedienen, also „präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische“ Modelle einsetzen. Ströbel und Weidner haben bereits 2002 in Anlehnung an Dorothea Orem's Selbst-Pflege-Defizit Theorie „Kompensation“ als

diejenige zentrale Strategie der Pflege vorgeschlagen, die „Pflege“ im Kontext vorherrschender Beschreibungen der Strategien ersetzt. „Kompensation“ greift als Versorgungsstrategie immer dann, wenn der kranke oder pflegebedürftige Mensch sich nicht mehr selbst pflegen kann und Aufgaben dann kompensatorisch von der Pflege übernommen werden. Dorothea Orem hat in ihrer Pflgetheorie schon in den 70er Jahren von teil- oder vollkompensatorischer Pflege gesprochen, allerdings auch darauf hingewiesen, dass sich pflegerische Strategien darin nicht erschöpfen (vgl. Brandenburg und Dorschner 2019, S. 202 ff). Zukünftig wäre im Hinblick auf den generalistischen Pflegebegriff und auch im Zusammenhang mit den berufsrechtlich geregelten Vorbehaltsaufgaben von einem strategischen Spektrum der Gesundheitsarbeit von der Gesundheitsförderung und Prävention, über Kuration, Rehabilitation und Kompensation bis hin zur Palliation zu sprechen. Alle Gesundheitsberufe bedienen sich mit je differenzierten Ansätzen mehr oder weniger aller vorhandener Strategien und richten ihre Versorgungsansätze daran aus.

1.4.3 Zusammenhänge der qualifikationsbezogenen Grundlagen

Die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG (vgl. BIBB 2019) bieten erstmals bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen für Pflegeschulen zur Entwicklung und Implementierung von eigenen Curricula und Ausbildungsplänen. Auf der Grundlage der Ausbildungsziele und des Pflegeverständnisses gem. § 5 PflBG wurden die Rahmenpläne nach den vier Prinzipien Kompetenzorientierung, Pflegeprozessverantwortung und vorbehaltene Tätigkeiten, Situationsorientierung sowie Entwicklungslogik konstruiert.

Die Kompetenzorientierung hebt dabei die Formulierung von Ausbildungszielen im Hinblick auf anforderungsorientierte Befähigungen der Lernenden hervor und nicht etwa die Umsetzung von Inhalten oder einzelnen Tätigkeiten. Die Pflegeprozessverantwortung betont zentrale Schritte des international konsentierten Pflegeprozesses als komplexe und handlungsstrukturierende Methode im Kontext der vorbehaltenen Aufgaben. Handlungsanlässe sollen als Situationsmerkmal anhand von pflegespezifischen Begriffssystemen als Pflegediagnosen oder Pflegephänomene beschrieben werden. Die Situationsorientierung knüpft an gängige Prinzipien von

Lehrplanstrukturierungen an und konstruiert für die Rahmenlehrpläne Abstraktionen von konkreten Pflegesituation, um das Generelle, das Generalisierbare und das Typische von üblichen Pflegesituationen im Alltag zu verdeutlichen. Die Entwicklungslogik schließlich berücksichtigt wichtige Kompetenzniveau Modelle und liefert Hinweise auf die zunehmenden Anforderungen im Verlauf der Ausbildung. Unter Anwendung dieser Konstruktionsprinzipien werden in den Rahmenplänen elf curriculare Einheiten entwickelt und beschrieben.

Die Konstruktion der Rahmenpläne nach § 53 PflBG und ihre Betonung von Kompetenzen, Pflegeprozessverantwortung und Situationsorientierung stützt die hier dargelegte Aussage zur Einbettung der Vorbehaltsaufgaben in die Komplexität und Dynamik pflegerischer Versorgung.

Bereits vor mehr als zehn Jahren haben Knigge-Demal und Hundenborn (2013) den abschließenden Bericht zum „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ gefördert vom BMFSFJ und dem MGEPA NRW vorgelegt. Der Anforderungsrahmen orientiert sich sowohl am Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR), am Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR), am Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse sowie am Entwurf eines Fach- Qualifikationsrahmens für Pflegewissenschaft (FQR Pflege) und beschreibt die unterschiedlichen Aufgaben entlang der acht Qualifikationsniveaus (QN1- QN8).

Dabei ist von Relevanz, dass die folgenden generellen Zuordnungen von prozessbezogenen Aufgaben vorgenommen, beschrieben und erprobt worden sind:

- QN 3: Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses
- QN 4: Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen
- QN 5: Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen
- QN 6: Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams

Die weiteren Qualifikationsniveaus sind auf Serviceaufgaben oder Assistenz (QN1 und QN2) angelegt. Erweiterte pflegerische Expertise, die zur Gestaltung und Steuerung

von hochkomplexen Prozessen, der Gewinnung pflegewissenschaftlicher Forschungserkenntnisse oder bei Aufgaben in einem strategieorientierten Feld der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zum Einsatz kommt, ist an den Qualifikationsniveaus QN7 und QN8 ausgerichtet.

Auch wenn sich im Pflegealltag komplexe von hochkomplexen Pflegeprozesse nicht eindeutig voneinander unterscheiden lassen, so liegt auf der Hand, dass sich die fachlichen Anforderungen mit der Komplexität von Herausforderungen in der Versorgung erhöhen und auch hier im Sinne des Patientenschutzes zusehends wissenschaftsfundiertes und evidentes Wissen in die direkte Versorgungspraxis Einzug halten muss (vgl. Robert Bosch Stiftung 2022).

1.5 Zusammenfassung

Die dargelegten Begründungszusammenhänge sind Ergebnisse aus der interdisziplinären Arbeit des TT VA und machen Grundlagen und Argumentationsstränge zum Verständnis und zur weiteren Bearbeitung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG transparent. Sie betonen die Bedeutung und die Chancen des berufsrechtlichen Konzeptes pflegerischer Vorbehaltsaufgaben für die Pflegeberufe und die Patientenversorgung. Der Gesetzgeber knüpft an pflegewissenschaftlich hergeleitete Konzepte der Pflegeprozessesteuerung an und macht sie verbindlich. Pflegefachpersonen werden diese Aufgaben exklusiv und verbindlich übertragen. Sie tragen insofern die Verantwortung in Versorgungsprozessen und dies mit dem Auftrag, den Schutz von kranken und pflegebedürftigen Menschen durch ihre Professionalität zu gewährleisten. Damit werden zugleich Professionalisierungsansprüche der Pflegeberufe unterstützt - auch mit Perspektive auf die interdisziplinäre Versorgung. Klar ist, dass fortan immer dort, wo Pflegebedarfe erhoben und festgestellt und die Qualität pflegerischer Versorgungsprozesse evaluiert werden müssen, Ärztinnen und Ärzte aber auch Heilerziehungspfleger:innen Pflegefachpersonen hinzuziehen müssen, sei es in der Häuslichen Krankenpflege, sei es in der akutstationären Versorgung oder in der Eingliederungshilfe und der Langzeitpflege.

Im Einzelnen lassen sich die Ergebnisse der Diskussionen des TT VA wie folgt zusammenfassen:

- Dem Begriff „Vorbehaltsaufgaben“ wird aufgrund der Komplexität der Zusammenhänge gegenüber der Bezeichnung „vorbehaltende Tätigkeiten“ der Vorzug gegeben
- Die „Planung der Pflege“ wird wie die „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ aus fachlichen und juristischen Erwägungen heraus als Bestandteil der Vorbehaltsaufgaben verstanden, die Durchführung und die Dokumentation der Pflege hingegen nicht.
- Die Vorbehaltsaufgaben gründen auf dem generalistischen Pflegeverständnis und beziehen sich auf pflegeprozessbezogene Aufgaben in der Versorgung von Menschen aller Altersgruppen. Für die gesonderten Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege gem. §§ 60 und 61 in Verb. mit § 58 Abs. 3 PflBG kann dem hier dargelegten Verständnis zufolge vom Grundsatz her zunächst nur ein auf die jeweiligen Altersgruppen der zu versorgenden Menschen bezogenes, eingeschränktes Vorbehaltsrecht gelten.
- Die professionelle Pflegepraxis ist i.d.R. von Komplexität, Dynamik und Unvorhersehbarkeit bestimmt. Die Vorbehaltsaufgaben sind eingebettet in diese komplexen Zusammenhänge und sind jeweils nur im Kontext der Versorgung zu verstehen, zu begründen und zu realisieren. Daher kann es keine, von der Komplexität abgrenzbaren, einfachen Tätigkeitslisten geben, die die Vorbehaltsaufgaben von anderen Aufgaben unterscheiden. Sie sind stets eingebettet in die nicht selten widersprüchlichen Wechselwirkungen zwischen Regel- und Fallverstehen.
- Vorbehaltsaufgaben der Pflege lassen sich als bereichsübergreifende Aufgaben, Aufgabenbeschreibungen auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen sowie indirekte Leistungen verstehen und auch näher beschreiben.

- Vorbehaltsaufgaben der Pflege können in sämtlichen zur Verfügung stehenden Strategien der Gesundheitsarbeit zur Anwendung kommen, also in gesundheitsförderlichen, präventiven, kurativen, rehabilitativen, kompensatorischen und palliativen Zusammenhängen.
- Die Entwicklung von Kompetenzen zur Ausübung von pflegerischen Vorbehaltsaufgaben sind eingebettet in die qualifikatorischen Grundlagen zur generalistischen Pflegeausbildung. Dazu zählen die Prinzipien, die in den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG dargelegt sind. Ebenso können die Kompetenzen entlang der europäischen und deutschen Qualifikationsrahmen zugeordnet werden.

Diese und einige weitere Zusammenhänge sind in der nachfolgenden Übersicht zusammengestellt worden als Darstellung der Begründungszusammenhänge zum Vorbehalts-recht der Pflegeberufe, die hier und im weiteren Verlauf zur Anwendung kommen können.

Das Pflegeprozessmodell im Kontext der vorbehaltenen Aufgaben

gem. § 4 und § 5 PflBG

Selbständige, umfassende und prozessorientierte Pflege gem. § 5 sowie § 37 PflBG

Ziele der Pflege

- Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender (gem. § 5 PflBG XI)
- Unterstützung zur Führung eines möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebens, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (gem. § 2 SGB XI)

Strategien der Gesundheitsarbeit

- Förderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Kompensation, Palliation quer dazu: Beratung, Anleitung, Begleitung, Helfen und Unterstützung sowie Beobachtung

Professionalität in der Pflege

- Wissenschaftsbasiertes Regelwissen und hermeneutisches Fallverstehen zur Aushandlung von Zielen und Maßnahmen mit den zu Pflegenden

Pflegerische Bedarfe von Menschen in den Zielgruppen

Alle Altersgruppen; Kinder und Jugendliche; Erwachsene; alte Menschen in ihren konkreten Lebenssituationen, mit den jeweiligen sozialen, kulturellen und religiösen Hintergründen sowie sexuelle Orientierung.

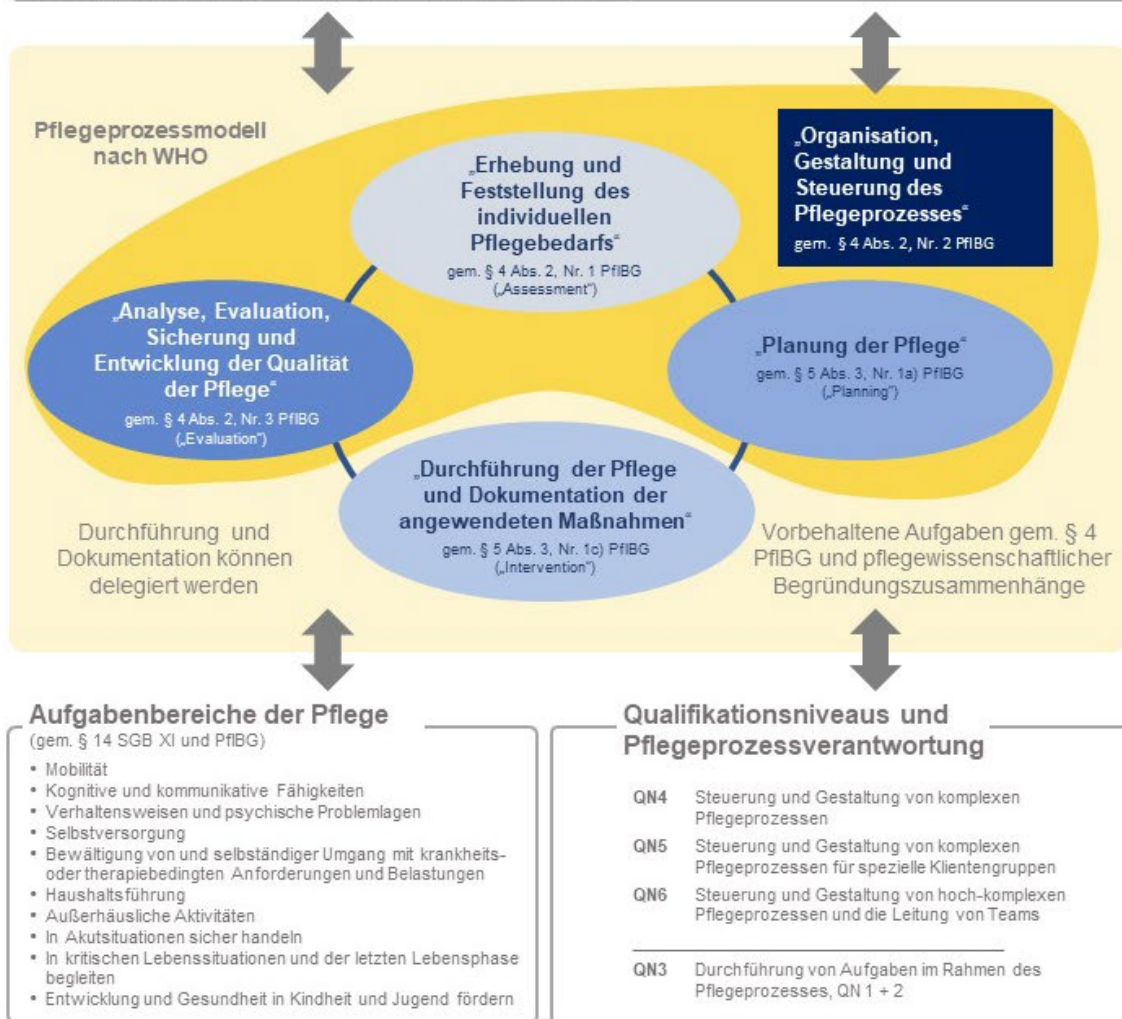


Abbildung 2 Begründungszusammenhänge zu den Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG (Quelle: Weidner)

1.6 Literatur

Brandenburg, H.; Dorschner, S. (2015): Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken und Arbeiten in der Pflege. 3. überarb. und erweit. Auflage. Bern: Hogrefe-Verlag

Büscher, A.; Igl, G.; Klie, T.; Kostorz, P.; Kreutz, M.; Weidner, F.; Weiß, T.; Welti, F: (2019): Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltenen Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) - Anmerkungen und Lösungsvorschläge. URL: <https://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/>

Büscher, A.; Jendrzej, B.; Krautz, B.; Weiß, T. (2023a): Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten. Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. In: Die Schwester/ Der Pfleger, Heft 4 2023, S. 18 - 24

Büscher, A.; Jendrzej, B.; Krautz, B.; Weiß, T. (2023b): Verantwortung übernehmen. Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. In: Die Schwester/ Der Pfleger, Heft 8 2023, S. 20 - 24

Bundesgesetzblatt (2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufegesetze (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Jahrgang 2017, Teil I Nr. 49 vom 24.7.2017, Seite 2581 – 214

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560>

Deutscher Bundestag (BT) (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Drucksache 18/7823 vom 9.3.2016

Dewe, B.; Otto, H.-U. (2002): Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-91357-9_8, S. 179 - 198

Hülken-Giesler, M. (2015): Profession, Professionalität, Professionalisierung. Ein Blick in die Geschichte der Pflege. In: Brandenburg, H.; Güther, H.; Proft, I. (Hrsg.):

Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Ostfildern: Grünewald-Verlag, S. 101 - 118

Hurrelmann, K.; Richter, M.; Klotz, T.; Haisch, J. (2018): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter, M.; Klotz T, Haisch, J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber, Bern, 23 - 35 (2014)

Klie, T; Krautz, B. (2021) Vorbehaltsaufgaben für die Pflege gemäß § 4 Pflegeberufegesetz: pflegerechtlicher Meilenstein auf dem Weg der Professionalisierung? PflegeRecht, Vol. 7 & 8

Klie; T. & Weiss, T. (2023) Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen gem. § 4 Pflegeberufegesetz Teil, Medizin Recht 2023(41), S. 811-817

Knigge-Demal, B.; Hundenborn, G. (2013): Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen im Rahmen des Projektes „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“. URL: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_07_Begrueendungsrahmen_Entwurf-Qualifikationsrahmen.pdf (Zugriff 07.02.2024)

Krampe, E.-M. (2009): Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen. Frankfurt: Mabuse-Verlag

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis – Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikations-mix für Patient:innen – in der Praxis“. URL: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/die-erweiterte-pflegerische-versorgungspraxis> (Zugriff 07.02.2024)

Ströbel, A.; Weidner, F.: (2002): Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. In Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., Hannover: Schlütersche

Weidner, F. (2011): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. 3. unveränd. Auflage. Frankfurt: Mabuse-Verlag

Weidner, F. (2019): Heilen und (Un)Heil in der Pflege. Ansprüche und Wirklichkeiten im Heilberuf Pflege. In: Proft, I; Zaborowski, H. (Hrsg.): Gesundheit – das höchste Gut? Anfragen aus Theologie, Philosophie und Pflegewissenschaft. Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag, S. 11 - 25

Weidner, F. (2021): Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. Thinktank erarbeitet Vorschläge zur Umsetzung. In: Die Schwester/ Der Pfleger, Heft 12/2021, S. 20 - 25

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1979): Ausbildung von Krankenpflege- und Hebammenpersonal. Symposium der Weltgesundheitsorganisation über Krankenpflegedienste. Tagung nationaler Berater für Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 7/1979, Beilage, S. 3 – 9

Wingenfeld, K.; Büscher, A.: (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf (Zugriff 07.02.2024)

2. Ausgewählte rechtliche Aspekte der Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen (§ 4 PflBG)

Gerhard Igl, Thomas Klie, Thomas Weiß

2.1 Einleitung

Die Diskussion von Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Einführung der Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen nahm im TT VA und in den Beratungen in der Arbeitsgruppe Vorbehaltsaufgaben der GMK einen breiten Raum ein. Wirft doch die Einführung von Vorbehaltsaufgaben für die Fachpflege in § 4 PflBG⁹ eine ganze Reihe rechtlicher Fragen auf, von denen hier nur einige exemplarisch diskutiert werden (vgl. vertiefende Behandlung rechtlicher Fragen im Zusammenhang mit Vorbehaltsaufgaben: Igl 2024, Klie & Krautz 2021, Klie & Weiß 2023). Zu ihnen gehören u.a. sozialleistungs- und –leistungserbringungsrechtliche, haftungs- und arbeitsrechtliche aber auch heimrechtliche Fragen.

Eingangs sollen zwei immer wieder auftauchende Missverständnisse ausgeräumt werden: Die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten und deren Dokumentation gehören nicht zu den vorbehaltenen Aufgaben und Tätigkeiten, sondern die Verantwortung für den Pflegeprozess in seiner Gesamtheit, unabhängig davon, ob in klinischen Kontexten, in der häuslichen Pflege oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen. § 4 PflBG folgt, wie schon pflegewissenschaftlich dargelegt, keinem Tätigkeits- oder Verrichtungsorientierten Verständnis von Vorbehaltsaufgaben. Weder bestimmte pflegerische Tätigkeiten noch ärztlich übertragene Aufgaben, etwa die Behandlungspflege gehören zu den Vorbehaltsaufgaben i.S.d. § 4 PflBG. Die Verantwortung für den Pflegeprozess wird in § 4 PflBG einer Pflegefachperson als vorbehaltene Aufgabe zugeordnet.¹⁰ Gesetzlicher Zweck ist der Gesundheitsschutz

⁹ In diesem Beitrag werden nur einige ausgewählte Rechtsfragen im Zusammenhang mit den Vorbehaltsaufgaben gem § 4 PflBG, die im pflegewissenschaftlichen Zusammenhang bedeutsam sind, behandelt. Vgl. weiterführend: Klie & Weiß 2023, Igl 2023, Klie & Krautz 2021.

¹⁰ Igl (2024), Erl. zu § 4 PflBG, Rn. 1 ff.; Weiß/Meißner/Kempa (2018). S. 131 f.

der auf Pflege angewiesenen Menschen, nicht eine (notwendige) Aufwertung des Pflegeberufes (s. dazu unter Nr. 3).¹¹

2.2 Gehört die Pflegeplanung auch zu den Vorbehaltsaufgaben?

Die Planung der Pflege ist in den aufgelisteten Vorbehaltsaufgaben in § 4 Abs. 2 PflBG nicht benannt. Rechtstechnisch verweist der Gesetzgeber bei der Regelung der Vorbehaltsaufgaben in § 4 Abs. 2 PflBG auf die Bestimmungen in § 5 Abs. 3 Nr. 1 PflBG, also das Ausbildungsziel der beruflichen Ausbildung in der Pflege und dort speziell auf die selbstständig auszuführenden Aufgaben. Während in dieser Vorschrift unter Buchstabe a die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege aufgeführt werden, werden in der Vorschrift zur Aufzählung der vorbehaltenen Aufgaben nur die ersten beiden Aufgaben ohne Nennung der Planung der Pflege übernommen (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 PflBG).

Dies kann eine bewusst durch den Gesetzgeber gesetzte Lücke sein. Es kann auch eine planwidrige Regelungslücke in dem Sinne vorliegen, dass der Gesetzgeber diese Problematik übersehen hat. Dann könnte diese Regelungslücke durch Auslegung geschlossen werden. Wenn jedoch die Planung der Pflege absichtlich nicht in die Vorbehaltsaufgaben aufgenommen worden ist, ist eine solche Lückenschließung nicht möglich. Hat sich ein Gesetzgeber bewusst für die Nicht-Regelung eines bestimmten Sachverhalts entschieden, sind die Rechtsanwender:innen einschließlich der Gerichte nicht befugt, sich über eine solche gesetzgeberische Entscheidung hinwegzusetzen.

In diesem Beitrag wird von einer planwidrigen Regelungslücke ausgegangen¹². Zur Begründung:

Alle Pflegeprozessmodelle gehen davon aus, dass die Organisation der Pflege die Planung des Pflegeprozesses umfasst. Dazu wird in der Anlage 2 zur Pflege- und Ausbildungsprüfungsverordnung unter Nr. I. 1. a) ausgeführt, dass ein breites Verständnis von spezifischen Theorien und Modellen zur Pflegeprozessplanung

¹¹ Igl (2024), Erl. zu § 4 PflBG, Rn. 9.

¹² Ebenso im Ergebnis Igl (2024), Erl. zu § 4 PflBG, Rn. 45; a. A. Dielmann (2021), S. 63, Fn. 100, der dafür allerdings keine Begründung angibt.

vorhanden sein muss, um Pflegeprozesse steuern und gestalten zu können. In § 5 Abs. 3 PflBG sind die charakteristischen Aufgaben des Pflegeberufes aufgeführt, wozu die Fähigkeiten vorhanden sein müssen, die zu ihrer ordnungsgemäßen Erfüllung erforderlich sind. In Nr. 1 werden dabei die Kernbereiche der beruflichen Aufgaben hervorgehoben, die selbstständig, also in eigener Verantwortung, durchzuführen sind¹³. Dazu gehört ausdrücklich auch die Planung der Pflege (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 a PflBG).

Weiterer Anhaltspunkt neben den allgemeinen Anforderungen an die Pflegeprozessgestaltung ist der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass der Pflegeprozess als professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode der systematischen Strukturierung und Gestaltung des Pflegearrangements dient, wozu die erforderlichen Kompetenzen vorhanden sein müssen.¹⁴ Hinzu kommt, dass es keinerlei Begründung des Gesetzgebers dafür gibt, warum die Pflegeplanung nicht zu den Vorbehaltsaufgaben gezählt wird, anders als bei der Durchführung der Pflege oder der Dokumentation. Es spricht daher viel dafür, die Nichtnennung der Pflegeplanung bei den Vorbehaltsaufgaben als vom Gesetzgeber nicht gewollte Lücke zu bewerten. Deshalb ist die Pflegeplanung als Bestandteil der vorbehaltenen Aufgaben anzusehen.¹⁵

Bedenklich könnte der Lückenschluss aus verfassungsrechtlicher Sicht sein. Das Bundesverfassungsgericht hat im Altenpflegeurteil zu der Regelung von vorbehaltenen Tätigkeiten darauf abgestellt, dass diese „genau definiert werden können“.¹⁶ Dies ist bezüglich der Pflegeplanung gegeben.

Das Fehlen einer ausdrücklichen Regelung bedeutet verfassungsrechtlich zudem nicht notwendig, dass bei der Auslegung des einfachen Gesetzesrechts vorhandene Lücken nicht geschlossen werden dürfen.¹⁷ Entscheidend ist, ob die gesetzgeberische Grundentscheidung und dessen Ziele dabei respektiert werden und ob den

¹³ BT-Drucks. 18/7823, S. 67; s. auch Weiß/Meißner/Kempa (2018), S. 131.

¹⁴ BT-Drucks. 18/7823, S. 66.

¹⁵ Weiß/Meißner/Kempa (2018), S. 131; im Ergebnis ebenso Igl (2024), Erl. zu § 4 PflBG, Rn. 45.

¹⁶ Urteil vom 24.10.2020, Az. 2 BvF 1/01, Rn. 250.

¹⁷ vgl. BVerfG Beschluss vom 08.04.1998, Az. 1 BvR 1773/96, Rn. 42 ff.

anerkannten Methoden der Gesetzesauslegung gefolgt wird.¹⁸ Maßgebend ist bei einer erkennbar planwidrigen Gesetzeslücke verfassungsrechtlich zudem, ob der Gesetzgeber diese stillschweigend billigt oder nicht,¹⁹ bzw. wenn der Gesetzgeber sie erkannt hätte, sie geschlossen hätte.²⁰ Davon ist, wie dargelegt, hier auszugehen.

Trotz der Nichtauflistung des Gesetzgebers wird somit den Anforderungen, die das Bundesverfassungsgericht benannt hat, genügt, weil auch durch den Lückenschluss genau definiert ist, welche Bereiche des beruflichen Betätigungsfeldes betroffen sind. Die Anforderungen des Gesundheitsschutzes, die notwendige fachliche Kompetenz und die Pflegeplanung als notwendiger Bestandteil der Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess schließen die Pflegeplanung in pflegfachlichen Fragen durch andere Berufsträger:innen als Pflegefachpersonen aus. Nur durch den Einbezug der Pflegeplanung in die vorbehaltenen Aufgaben lassen sich die vom Gesetzgeber benannten Ziele der Sicherung von Pflegequalität und Patientenschutz als Ausdruck des übergeordneten Gesichtspunktes des Gesundheitsschutzes erreichen.

2.3 Die Regelung als absoluter Vorbehalt

Anders als bei der Regelung anderer Gesundheitsberufe wirken die in § 4 PflBG geregelten Vorbehaltsaufgaben absolut und nicht nur relativ.²¹ Sowohl in der Ausübung der Heilkunde gem. § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz und § 2 Abs. 5 Bundesärzteordnung bzw. den entsprechenden Regelungen der Landesärzteordnungen und in § 4 des Hebammengesetzes sowie in § 5 des MT-Berufe-Gesetzes werden nur relativ wirkende Vorbehalte vorgegeben. Hier aber werden Pflegefachkräften Aufgaben exklusiv übertragen.

Diese vorbehaltenen Aufgaben beziehen sich jedoch nur auf berufliche Zusammenhänge und wirken nicht im Kontext ehrenamtlicher und privat geprägter

¹⁸ vgl. BVerfG Beschluss vom 31.10.2016, Az. 1 BvR 871/19, 1 BvR 1833/13, Rn. 22 ff. zur rechtsfortbildenden Auslegung.

¹⁹ BVerfG aaO.

²⁰ BVerfG Beschluss vom 06.12.2005, Az. 1 BvR 1905/02, Rn. 37.

²¹ Zur Unterscheidung s. Igl (2021), Erl. zu § 4 PflBG. Rn. 6 f.; Weiß (2020), S. 64 ff.

Pflegearrangements. So können etwa in der häuslichen Pflege, in Familie und Partnerschaften selbstverständlich pflegerische Aufgaben auch ohne Einbeziehung von Pflegefachkräften gestaltet werden.²²

Die Einräumung des Ausübungsvorbehaltes für den Pflegeprozess als pflegerische Kernaufgabe dient allein dem Gesundheits- und Patientenschutz, nicht - oder nur mittelbar - der Professionalisierung der Pflege als solcher, auch wenn er sich als Beitrag zu diesem Prozess darstellt.

In diesem Zusammenhang ist erneut auf das Altenpflegeurteil des Bundesverfassungsgerichts zu verweisen: Vorbehaltsaufgaben sind dann rechtmäßig, wenn „sie nicht das gesamte berufliche Betätigungsfeld ausmachen, sondern nur einen eng abgrenzbaren Bereich, und daher genau definiert werden können“²³.

Die so definierten Vorbehaltsaufgaben sind in ihrer Ausübung an die Berufserlaubnis nach dem PflBG respektive den Vorgängergesetzen gebunden. Sie schließen daher selbst anders qualifizierte in der Pflege tätige Personen aus, z. B. Notfallsanitäter:innen oder Anästhesietechnische und Operationstechnische Assistent:innen (ATA-OTA) und auch Ärzt:innen.

Zwar ist bei Letzteren nicht zu verkennen, dass Pflegeprozesse und ärztliche Behandlungsprozesse häufig eng miteinander verknüpft sind. Zu beachten ist auch, dass Ärzt:innen nach ihrer Ausbildung im gesamten Bereich der Heilkunde tätig sein dürfen (vgl. §§ 1 Abs. 1, 2 Abs. 5 Bundesärzteordnung i. V. m. mit der Approbationsordnung für Ärzte - ÄApprO), doch gehört zu ihrer Ausbildung nur ein dreimonatiger Krankenpflegedienst (§ 6 ÄApprO). Dieser dient dazu, sich „mit den üblichen Verrichtungen der Krankenpflege vertraut zu machen“. Der Gesetzgeber weist insoweit ausdrücklich in seiner Begründung zum PflBG darauf hin, „dass die charakteristischen Kernaufgaben der beruflichen Pflege durch zielgerichtet ausgebildetes Personal mit den erforderlichen Kompetenzen wahrgenommen werden müssen“, „um den Gesundheitsschutz der Pflegebedürftigen“ zu gewährleisten.²⁴

²² Weiß/Meißner/Kempa (2018), S. 132; Klie/Krautz (2021), Igl (2024), Erl. zu § 4 PflBG, Rn.41.

²³ BVerfG vom 24.10.2020 aaO. Rn. 250.

²⁴ BT-Drucks. 18/7823, S. 66.

Diese Einschränkung für andere Berufsträger:innen ist damit auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten verhältnismäßig, also im Verhältnis zum angestrebten Zweck des Gesundheitsschutzes geeignet, erforderlich und auch nicht unverhältnismäßig. Speziell für die Berufsgruppe der Ärzt:innen ist sie auch zumutbar, weil diese Vorbehalte sie in ihrer Berufsausübung nicht beeinträchtigen, allenfalls nur einen Teil der beruflichen Tätigkeit betreffen und im Hinblick auf ihre Qualifikation sachgerecht sind.

2.4 Konsequenzen für die Arbeitsorganisation

Für die Umsetzung der Vorschrift zu den Vorbehaltsaufgaben in § 4 Abs. 3 PflBG wird Arbeitgeber:innen untersagt, dass Vorbehaltsaufgaben an andere als Pflegefachpersonen übertragen werden. Auch darf die unzulässige Durchführung von Vorbehaltsaufgaben von Arbeitgeber:innen nicht geduldet werden.²⁵ Das arbeitsrechtliche Weisungsrecht (§ 106 der Gewerbeordnung) wird also insoweit begrenzt und das gilt auch in der betrieblichen Hierarchie.²⁶ Durch die gesetzlichen Regelungen und in Verbindung mit den Sanktionsmöglichkeiten wird dadurch in die Berufsausübungsfreiheit von Arbeitgeber:innen eingegriffen. Doch sind diese Beschränkungen und die damit verbundenen Beeinträchtigungen auch hier verhältnismäßig, also geeignet, erforderlich und verhältnismäßig im engeren Sinne, weil der Gesetzgeber ausdrücklich auf die Sicherung des Gesundheitsschutzes der Pflegebedürftigen damit abzielt.²⁷ Verstöße der Arbeitgeber:innen sind gem. § 57 Abs. 1 Nr. 3 PflBG als Ordnungswidrigkeiten mit Geldbußen zu ahnden (§ 57 Abs. 2 PflBG).²⁸

²⁵ s. auch § 57 Abs. 1 Nr. 2 PflBG sowie Weiß/Meißner/Kempa (2018). S. 132, 279 f.

²⁶ Hier kommen dann arbeitsrechtliche Aspekte hinzu: Muss eine Pflegekraft dann bei einer Weisung Vorbehaltsaufgaben übernehmen oder kann sie dies verweigern? Wenn sie die Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben ablehnt, welche Konsequenzen hat das? Wäre dann gar eine Kündigung berechtigt?

²⁷ BT-Drucks. 18/7823, S. 66 f. Zusätzlich sollen, wie es in der Gesetzesbegründung heißt, auch die beschäftigten Pflegekräfte selbst vor Überforderungen durch Arbeitgeber:innen geschützt werden.

²⁸ Allerdings betrifft das nicht alle Verstöße, denn dann, wenn eine pflegebedürftige Person selbst als Arbeitgeber:in eine Pflegekraft anstellt und diese unzulässigerweise Vorbehaltsaufgaben wahrnimmt, wird dies von § 57 Abs. 1 Nr. 3 PflBG nicht erfasst, weil nur die „Durchführung gegenüber Dritten“ vom Gesetzgeber als Ordnungswidrigkeit bewertet wird. Dazu Weiß/Meissner/Kempa (2018), 279 f.

2.5 Haftungsrechtliche Konsequenzen

Weitere rechtliche Fragen ergeben sich aus haftungsrechtlichen Zusammenhängen.²⁹ Rechtliche Anknüpfungspunkte für das Haftungsrecht sind im Zivilrecht, im Strafrecht, im Arbeitsrecht und durch gesetzliche Regelungen in anderen Bereichen, etwa im Heimrecht, gegeben.

Zu differenzieren ist dabei nach den verantwortlichen Personen, also

- der Pflegefachperson, die unzulässigerweise delegiert innerhalb oder außerhalb der Pflege,
- der Pflegeassistentkraft, die gegen die Vorgabe zu den Vorbehaltsaufgaben verstößt, in dem sie selbst solche Aufgaben übernimmt oder Kraft Delegation entgegennimmt,
- Berufsträger:innen außerhalb der Pflege, die Vorbehaltsaufgaben wahrnehmen oder entgegennehmen,
- und Arbeitgeber:innen sowie die für sie tätigen Vorgesetzten, und bei juristischen Personen die dafür handelnden natürlichen Personen³⁰.

Kommt es in solchen Fällen zu Schäden bei der/dem pflegebedürftigen Menschen, können sich zivilrechtliche Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche ergeben. Liegen Tatbestände vor, z.B. mangels rechtfertigender Einwilligung der pflegebedürftigen Person zur Wahrnehmung durch nicht autorisierte Kräfte, also in Verbindung mit Straftatbeständen, kann es zu strafrechtlichen Folgen kommen. Arbeitsrechtlich sind unter Berücksichtigung der Haftungsbegrenzung bei Arbeitnehmer:innen Schadensersatzansprüche gegenüber Beschäftigten aber auch umgekehrt gegenüber Arbeitgeber:innen denkbar, sowie arbeitsrechtliche Sanktionen wie Abmahnung, Suspendierung, Kündigung. Im Heim- und Berufsrecht kann es zu Beschäftigungs-/Berufsverboten kommen.

²⁹ Klie/Krautz (2021).

³⁰ Nicht diskutiert wird hier die auch haftungsrechtlich bedeutsame Frage der Haftung der selbstständig Tätigen zu den Vorbehaltsaufgaben berechtigten Pflegefachkräfte.

Grundsätzlich ist jedoch bei all diesen möglichen Auswirkungen und Ausprägungen zu beachten, dass neben der Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen Rechtsnorm die Rechtswidrigkeit der Duldung oder Handlung und ein schuldhaftes Verhalten vorliegen müssen.

In Verbindung mit dem Leistungsrecht können sich weitere Folgen aufgrund des Rechtsinstitutes des normativen Schadens ergeben und es kann zu Sanktionen durch die Pflege- und/oder Krankenkassen und/oder die Sozialhilfeträger kommen. Unter diese Kategorie sind Fälle zu zählen, in denen etwa abgerechnete Leistungen zwar vollumfänglich, richtig und fachgerecht erbracht wurden, es aber an der erforderlichen gesetzlich vorgegeben und/oder vertraglich vereinbarten Qualifikation des ausführenden Personals fehlt. Dies hat der Bundesgerichtshof wie folgt formuliert³¹:

„Das Unterschreiten der nach dem Vertrag vereinbarten Qualifikation führt nach den insoweit maßgeblichen Grundsätzen des Sozialrechts auch dann zum vollständigen Entfallen des Vergütungsanspruchs, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurden (,streng formale Betrachtungsweise‘) ...“.

Im Heimrecht kann es auch noch zu wirtschaftlichen Folgen kommen. Da gem. § 7 Abs. 1 WBVG die Pflege- und Betreuungsleistungen nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen sind, könnte sich dies auch auf die Erbringung von Leistungen durch autorisierte Pflegefachpersonen erstrecken. Wird diese Vorgabe dann nicht erfüllt, könnten eventuell gem. § 10 Abs. 1 WBVG wegen Nicht- oder Teilleistung Heimbewohner:innen bis zu sechs Monaten unabhängig von zivilrechtlichen Ansprüchen eine angemessene Kürzung des vereinbarten Entgeltes verlangen. Dies ist zwar nicht zwingend, aber eine jedenfalls mögliche Folge bei Erbringung von Vorbehaltsaufgaben durch dafür nicht formal Qualifizierte bzw. Berechtigte.

³¹ Beschluss vom 16. Juni 2014. Az. 4 StR 21/14.

Schließlich kann es auch zu Beschäftigungsverboten³² und/oder zur Rücknahme der Berufserlaubnis führen³³.

Die haftungsrechtlichen Auswirkungen können dabei nicht nur die unmittelbar Handelnden betreffen, sondern auch Aufsichtsverantwortliche, zivilrechtlich etwa in Form der Haftung für Erfüllungs- und/oder Verrichtungsgehilfen³⁴. Auch im Strafrecht kann es bei einem Zusammenwirken zur Verurteilung wegen Anstiftung oder Mittäterschaft kommen.

Dies kann im Krankenhausbereich sogar die zivilrechtliche Verantwortlichkeit von Leitenden Ärztinnen oder Ärzten betreffen, wenn sie für Pflegefehler haften müssen.

2.6 Der Anwendungsvorrang des PfIBG vor dem Leistungserbringungsrecht des SGB V und SGB XI

Für die Berufsausübung in der Pflege hat das Sozialleistungsrecht eine besondere Bedeutung³⁵. Es enthält Vorgaben zur Qualifikation auch von Pflegekräften.³⁶ Dabei stellt sich die rechtliche Frage, in welchem Verhältnis die sozialrechtlichen Regelungen zu den Vorgehaltsaufgaben im PfIBG stehen³⁷.

In der Gesetzesbegründung zu § 4 PfIBG heißt es ausdrücklich, dass dort „erstmal bestimmte berufliche Tätigkeiten, die dem Pflegeberuf nach diesem Gesetz

³² Beispielhaft sei § 15 Abs. 5 WTG NRW genannt: „Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern kann der Einsatz einer oder eines Beschäftigten oder einer anderen im Wohn- und Betreuungsangebot tätigen Person ganz oder für bestimmte Funktionen oder Tätigkeiten untersagt werden, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass sie oder er die für ihre oder seine Tätigkeit erforderliche Eignung nicht besitzt.“

³³ S. dazu § 3 Abs. 1, 2 i. V. m. § 2 Nr. 2, § 3 Abs. 3 PfIBG.

³⁴ Weiß 2020 (VdPB).

³⁵ Die Rechtsbeziehungen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung werden hier nicht untersucht, zumal dort zum Teil auch auf die Rechtsbereiche des SGB Bezug genommen wird. Auch auf die Einbeziehung des Sozialhilfe-, Teilhabe- und Behindertenrechts wird hier verzichtet.

³⁶ Daher wird dieser Bereich von Igl mit Recht als indirektes Berufsrecht bezeichnet Igl (1998), S. 65. Igl/Welti (1999), S. 41 ff. S. auch Igl in: Igl/Welti (2022). S. 43 ff.

³⁷ Igl (2021), Erl. zu § 4 PfIBG, Rn. 34, hat ein lex specialis Verhältnis von § 37 SGB V angenommen, das heißt z. B. als Sondervorschrift bei der Verordnung von häuslicher Krankenpflege, die damit den berufsrechtlichen Vorschriften in § 4 Abs. 2 PfIBG vorgehen. Diese Rechtsansicht wird in der demnächst erscheinenden 4. Aufl. des Kommentars zum PfIBG von Igl (2023), Erl. zu § 4 PfIBG, Rn. 34, nach Auskunft des Verf. nicht mehr weiter vertreten werden.

vorbehalten sind,“ geregelt werden.³⁸ „Abs. 3 stellt klar, dass auch der Arbeitgeber einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmannes verpflichtet ist, die Einhaltung der durch die Vorbehaltstätigkeiten beschriebenen Grenzen sicherzustellen.“³⁹ Auch in der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit wird ausdrücklich festgestellt: „... dürfen pflegerische Aufgaben nach Abs. 2 beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung durchgeführt werden.“⁴⁰

Dass der Gesetzgeber, eine Beschränkung dahingehend mit diesen Regelungen im PflBG vornehmen wollte, dass die im Sozialrecht formulierten und genannten Voraussetzungen dem Beruferecht vorgehen, ist nicht erkennbar. Auch gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass das Sozialrecht und insbesondere das Sozialleistungsrecht als Spezialgesetz, dem PflBG vorgeht bzw. als Ausnahme dazu anzusehen ist. Vielmehr ist ganz im Gegenteil auch dieser gesetzliche Bereich subsidiär gegenüber dem generellen Vorbehalt, der im PflBG für alle in § 4 Abs. 2 benannten pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten gilt. Zwar ist zu konstatieren, dass die benannten Regelungen im Sozialrecht vor dem Inkrafttreten des PflBG geschaffen worden sind, doch auch dann gebührt der Regelung im PflBG der Anwendungsvorrang. Vor dem Hintergrund der Intention des Gesetzgebers, der Auslegung der Vorschrift in § 4 PflBG und dem Geltungsbereich der Bestimmung, wird dadurch eine sachnahe Regelung getroffen, die zudem die betroffenen Vorschriften des SGB nicht aufhebt, sondern nur modifiziert. Im Übrigen gab es deshalb auch keinen Anlass für den Gesetzgeber, in Bezug auf § 4 PflBG als umfassende Bestimmung, weitere Hinweise zum Verhältnis zu anderen sozialrechtlichen Regelungen zu geben.

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass die spätere Rechtsnorm des § 4 PflBG die frühere Rechtsnorm (das SGB) insoweit einschränkt, als zusätzlich zu den bereits im SGB V genannten Voraussetzungen, etwa als „geeignete Pflegekräfte“ im Sinne von § 37 Abs. 1 SGB V, für Vorbehaltspflichten die entsprechende Berufszulassung vorliegen muss. Somit kann und muss die Auslegung des Begriffs der „geeigneten

³⁸ BT-Drucks. 18/782, S. 66.

³⁹ BT-Drucks. aaO.

⁴⁰ BT-Drucks. 18/12847, S. 105.

Pflegekräfte“ im Sozialrecht durch die Regelungen des Berufsausübungsrechts nach dem PflBG hinzugedacht werden.

Schließlich ist auch zu berücksichtigen, dass das Leistungserbringungsrecht auf den berufsrechtlichen Grundlagen etwa auch im ärztlichen Bereich beruht und nicht umgekehrt das Berufsrecht auf den Grundlagen und Vorgaben des Sozialleistungsrechts.

2.7 Ausblick: Auch eine Weiterentwicklung des Sozialleistungsrechts ist erforderlich

Die vom Gesetzgeber im Berufsrecht für unverzichtbar gehaltene Selbstständigkeit der Pflege muss sich zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung auch im Sozialleistungsrecht widerspiegeln. Hierzu ist die Weiterentwicklung des Sozialleistungsrechts erforderlich. Zunächst wird es darauf ankommen, im Leistungserbringungsrecht die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Fachpflegepersonen die ihnen zugeordneten eigenen Aufgaben im Kontext medizinischer Diagnostik und Therapie, in Kooperation mit den anderen Gesundheitsberufen, insbesondere den Ärzt:innen, ihren eigenen fachlichen Standards entsprechend und eigenverantwortlich wahrnehmen können. Am Beispiel der Häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V, dies wird im nachfolgenden Kapitel 3. dargestellt.

2.8 Literatur

Dielmann, Gerd (2021): Pflegeberufegesetz. Kommentar für die Praxis. Frankfurt/M. S. 60-62.

Igl, Gerhard: „Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche“. Göttingen 1998.

Igl, Gerhard: „Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG). Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV)“. Praxiskommentar: 4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg 2024.

Igl, Gerhard; Welti, Felix: „Öffentlich-rechtliche Grundlagen für die Entwicklung vorbehaltener Aufgabenbereiche im Berufsfeld Pflege.“ In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR 1999), Heft 1, S. 21-55.

Igl, Gerhard; Welti, Felix (Hrsg.), Gesundheitsrecht, München 2022.

Klie, Thomas; Krautz, Bernhard (2021): „Vorbehaltsaufgaben für die Pflege gemäß § 4 Pflegeberufegesetz: pflegerechtlicher Meilenstein auf dem Weg der Professionalisierung?“. Teil 1 im Pflegerecht 25 (7). S. 419-425. Teil 2 im Pflegerecht 25 (8). S. 490-497.

Klie, Thomas (2021): Vorbehaltsaufgaben und Heilkundeübertragung - Pflege in neuer Verantwortung? Reserved tasks and participation on transfer of medicine - professional nurses in a new responsibility? In: Zeitschrift für medizinische Ethik 67 (1), S. 33–45.

Klie, Thomas; Weiß, Thomas (2023): Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen gem. § 4 Pflegeberufegesetz – Neue Verantwortungsrollen für die Pflege im multiprofessionellen Gesundheitswesen? In Medizinrecht 2023

Weiß, Thomas; Meißner, Thomas; Kempa, Stefanie: „Pflegeberufereformgesetz“. Praxiskommentar, Wiesbaden 2018.

Weiß, Thomas, Recht in der Pflege, 3. Auflage, München 2020.

Weiß, Thomas, Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Fokus des Pflegerechts, Vortrag beim Fachgespräch „Pflege in der Verantwortung“ am 29.06.2020 in Berlin, Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB), 2020

3. Bedeutung der Vorbehaltsaufgaben für die ambulante und stationäre Langzeitpflege

Andreas Büscher, Bernhard Krautz, Bianca Jendrzej

3.1 Einleitung

Die in den vorherigen Kapiteln dargelegten rechtlichen und pflegewissenschaftlichen Grundlagen sollen im Folgenden hinsichtlich ihrer Bedeutung für unterschiedliche Bereiche der Pflegepraxis beleuchtet und konkretisiert werden. In diesem Kapitel geht es um die Settings der ambulanten und stationären Langzeitversorgung, in denen vor allem Personen versorgt werden, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und somit als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten. Da im Rahmen der Langzeitversorgung nicht nur Leistungen der Pflegeversicherung, sondern auch der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie die „Behandlungspflege“ in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, werden diese in diesem Kapitel ebenfalls adressiert.

3.2 Ambulante Pflege

Fachlich lässt sich die Bedeutung der Vorbehaltsaufgaben bzw. die Gestaltung des Pflegeprozesses für die ambulante Pflege sehr einfach beschreiben: Zu Beginn des pflegerischen Auftrags in einem Haushalt, der um pflegerische Unterstützung gebeten hat, stellt eine Pflegefachkraft den individuellen Pflegebedarf fest und leitet daraus bedarfsentsprechende Maßnahmen ab. Diese werden mit dem auf Pflege angewiesenen Menschen und ggf. seinen An- und Zugehörigen besprochen und es kommt zu einer Vereinbarung, wie die Pflegesituation zu gestalten ist. In diese Planung und Vereinbarung fließen somit Erwägungen auf Basis einer fachlich begründeten Einschätzung, Vorstellungen über realistisch zu erreichende Ziele sowie individuelle Präferenzen, Wünsche und Möglichkeiten des auf Pflege angewiesenen Menschen ein. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei die Überlegung seitens der die Einschätzung und Planung verantwortenden Pflegefachkraft, wer die vereinbarten Maßnahmen tatsächlich durchführt. Je nach individueller Situation und Vereinbarung erfolgt in

individuell festzulegenden Zeitabständen eine Evaluation der Pflegesituation und eine personenbezogene Einschätzung der Versorgungsqualität durch die Pflegefachkraft.

Damit wären die Anforderungen zur Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben der Steuerung des Pflegeprozesses und der Evaluation der Qualität grob beschrieben. Die Gestaltung von Pflegeprozessen in der häuslichen Umgebung ist jedoch von einer Vielzahl lebensweltlicher, krankheitsbezogener und auch leistungsrechtlicher Aspekte beeinflusst, die es zu berücksichtigen gilt.

Zu den lebensweltlichen Aspekten gehören Merkmale wie die Anzahl der Haushaltsmitglieder, deren Beziehungen untereinander und ihre Beteiligung an der häuslichen Versorgung. Zudem gehören die Wohnverhältnisse, die soziale Eingebundenheit bzw. die sozialen Kontakte der Haushaltsmitglieder, ihre finanziellen Möglichkeiten und anderes dazu. Die Lebenswelt und die lebensweltlichen Bedingungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Frage, wann überhaupt externe Hilfe gesucht, in Anspruch genommen und akzeptiert wird. Bezugspersonen pflegebedürftiger Menschen sind oftmals entscheidend für die Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements und leisten einen großen Teil der pflegerischen Versorgung. Sie können aber auch durch die Pflege stark belastet sein und somit einen destabilisierenden Faktor bilden. Im Rahmen der Gestaltung des Pflegeprozesses ist die Abstimmung mit An- und Zugehörigen pflegebedürftiger Menschen ein wichtiger Aspekt.

Die gesundheitlichen bzw. krankheitsbezogenen Aspekte ergeben sich aus bestehenden Erkrankungen, Behinderungen oder funktionellen Beeinträchtigungen und den aus ihnen resultierenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit des pflegerisch zu versorgenden Menschen. Sie haben eine hohe Bedeutung für Art und Ausmaß der zu leistenden Unterstützung. Eine passende Balance zu finden zwischen lebensweltlichen Gegebenheiten und krankheitsbezogenen Beeinträchtigungen stellt eine der Kernaufgaben in der ambulanten pflegerischen Versorgung und der dort zu gestaltenden Pflegeprozesse dar. Die Qualifikation für eine pflegerische Tätigkeit in der ambulanten Pflege sollte darauf ausgerichtet sein, Kompetenzen zu entwickeln, die eine solche Herangehensweise fördern.

Beeinflusst, und zum Teil erschwert, wird diese Aufgabe jedoch durch leistungserbringungsrechtliche Bestimmungen. Darunter sind Rahmenverträge, Rahmenempfehlungen oder Richtlinien zu verstehen, in denen Festlegungen zu den zu erbringenden Leistungen und zur Vergütung pflegerischer Leistungen getroffen werden. Für die ambulante Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung handelt es sich dabei um die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI, für die so genannte häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V um die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 132a SGB V.

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI sind bis heute (2024) nach wie vor von einem im Wesentlichen verrichtungsorientierten Pflegeverständnis geprägt, das professionelle Pflege als Unterstützung bei Alltagsverrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und Mobilität versteht. Entsprechend bilden diese Alltagsverrichtungen das in den Rahmenverträgen enthaltene Leistungsspektrum der ambulanten Pflege ab. Darüber hinaus finden sich darin Regelungen zum Erstbesuch und in geringem Umfang zu Beratungstätigkeiten.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017 wurde § 36 SGB XI geändert, in dem die Sachleistungen beschrieben sind, die pflegebedürftige Menschen durch die Pflegeversicherung erhalten sollen. Danach umfasst der Sachleistungsanspruch nicht nur pflegerische Unterstützung bei den Alltagsverrichtungen im Bereich der Körperpflege, Ernährung und Mobilität, sondern ein deutlich weiter gefasstes Spektrum pflegerischer Leistungen, die sich zum einen nicht hinreichend durch den Verrichtungsbegriff beschreiben lassen und die zum anderen neben vielfältigen Unterstützungsformen bei der Selbstversorgung auch die Unterstützung bei kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen, bei psychischen Problemlagen, krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte vorsehen. Die Reform der Pflegeversicherung hat somit auf der gesetzlichen Ebene bereits dazu beigetragen, das Spektrum der pflegerischen Unterstützung im Rahmen des Pflegeprozesses deutlich zu erweitern. Die dazu ebenfalls erforderliche Veränderung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene steht jedoch leider seit Jahren aus. Dies wirkt sich auf die Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben und die

Steuerung des Pflegeprozesses insofern aus, als dass damit die Möglichkeiten zur Planung und Vereinbarung von Leistungen stark eingeschränkt sind. Die Gestaltung des Pflegeprozesses in der ambulanten Pflege ist also vor allem leistungserbringungsrechtlich geprägt und fachliche Erwägungen kommen – ggf. auch trotz vorhandener Evidenz – nur soweit zum Tragen, wie sie eine leistungsrechtliche Entsprechung finden. Dass diese leistungserbringungsrechtliche Limitierung des berufsrechtlich zugewiesenen Verantwortungsbereiches professioneller Pflege letztlich zu Qualitätsproblemen und ineffizienten Versorgungen führen kann, ist seit Jahren hinlänglich bekannt (Jacobs et al. 2018). Zur fachlich begründeten, evidenzbasierten und effektiven wie effizienten Gestaltung von Pflegeprozessen ist daher dringend eine Weiterentwicklung der leistungsrechtlichen Bedingungen erforderlich.

Noch eindeutiger ist der Einfluss leistungserbringungsrechtlicher Rahmenbedingungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege. Die HKP-Richtlinie des G-BA regelt die Verordnung Häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V, deren Dauer und Genehmigung durch die Krankenkasse sowie die Zusammenarbeit der verordnenden Ärzt:innen mit den die HKP durchführenden ambulanten Pflegediensten. Bei der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V geht es darum, Menschen den Verbleib oder die Rückkehr in die häusliche Umgebung zu ermöglichen (Krankenhausvermeidungspflege), die ambulante ärztliche Behandlung zu unterstützen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege) oder die Versorgung bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einem vergleichbaren Ereignis sicher zu stellen (Unterstützungspflege). Die Leistungen werden von ambulanten Pflegediensten erbracht.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen verordnenden Ärzt:innen und ambulanten Pflegediensten ging die HKP-Richtlinie bislang unmissverständlich von einem Delegationsmodell aus, nach dem ärztlicherseits die Voraussetzung für die Verordnung Häuslicher Krankenpflege festzustellen (§ 3 Abs. 1 HKP-RL), Beginn, Häufigkeit und Dauer festzulegen (§ 3 Abs. 2) und der Erfolg der verordneten Maßnahme zu prüfen ist (§ 5 Abs. 1). Entsprechend lag auch die Koordination der Zusammenarbeit beim Vertragsarzt bzw. der Vertragsärztin. Die Pflichten der ambulanten Pflegedienste bzw. der Pflegenden in den Diensten waren auf die

Berichtspflicht bei Veränderungen der häuslichen Pflegesituation beschränkt. Entscheidungen über notwendige Maßnahmen, die sich aus Veränderungen ergeben, dürfen aktuell ausschließlich von den Vertragsärzt:innen getroffen werden.

Verordnet werden nach der HKP-Richtlinie Maßnahmen der sogenannten „medizinischen Behandlungspflege“, die u. a. an Pflege(fach)kräfte delegiert werden können, Maßnahmen der Grundpflege, die eine hohe Überschneidung mit Leistungen aus dem SGB XI aufweisen und Maßnahmen der hauswirtschaftlichen Versorgung in den Fällen der Krankenhausvermeidung gem. § 37 Abs. 1 SGB V.

Die Richtlinie kennt verordnungsfähige Maßnahmen unterschiedlicher Komplexität und Dauer. Einige Maßnahmen sind weniger komplex und damit einfach zu erlernen und durchzuführen, wie z. B. „Blutdruckmessung“. Andere, wie z. B. „Anleitung bei der Behandlungspflege“ sind komplexer, mitunter zeitaufwändiger und damit deutlich anspruchsvoller. Sie erfordern u.a. kommunikative und beraterische Kompetenzen und mitunter weitere spezielle Kenntnisse, wie z. B. „Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts“ oder „Psychiatrische Krankenpflege“. Charakteristisch für die HKP-Leistungen ist, dass sie immer in direktem Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung stehen und diese in der Häuslichkeit absichern und fortführen sollen. Insofern ist deren ärztliche Verordnung folgerichtig.

Allerdings wird in der HKP-Richtlinie auch in Bezug auf die medizinische Behandlungspflege auf die „Maßgabe der individuellen Pflegesituation“ abgestellt, die zu berücksichtigen ist. Dies kann Anlass dafür sein, von der Häufigkeit und Frequenz der verordneten Leistungen abzuweichen und den Umfang der pflegerischen Prophylaxen wie beispielsweise Positionswechsel der Patient:innen oder Hilfen bei der Mobilität im Hinblick auf deren Wirksamkeit neu festzulegen. Dies sind elementare Bestandteile des Pflegeprozesses. Zudem sind die im Leistungsverzeichnis aufgeführten Einzelleistungen in nicht wenigen Bereichen Gegenstand des Pflegeprozesses (z. B. Grundpflege Nr. 2 „Ausscheidungen“ oder Nr. 4 „Körperpflege“), wobei, wie erwähnt, die Komplexität dieser Maßnahmen sehr unterschiedlich ist. Vereinfacht lässt sich sagen, dass mit der Steigerung der Anforderungen an die einzelnen Maßnahmen auch von eigenständigen Pflegeprozessen auszugehen ist.

Die Leistungen der sogenannten „Grundpflege“ in der HKP-Richtlinie beinhalten ausschließlich Maßnahmen, die der Versorgung von Grundbedürfnissen dienen. Die Erhebung entsprechender Versorgungsbedarfe, deren Planung und Evaluation sind originärer Gegenstand des Pflegeprozesses und damit gem. PflBG nunmehr Aufgaben, die den Pflegefachpersonen vorbehalten sind. Unabhängig von der leistungsrechtlichen Zuweisung des Ordnungsrechtes ist somit festzuhalten, dass die konkrete Bedarfsfeststellung, Planung und Evaluation dieser Leistungen zwingend pflegerische Fachkompetenz erfordert und berufsrechtlich nicht mehr von Ärzt:innen geleistet werden darf.

Daneben wird seit längerem auch in Studien über bislang unbeantwortete Herausforderungen im Zusammenhang mit der Häuslichen Krankenpflege berichtet. Schon Ewers und Schaeffer (1999) haben auf Probleme hinsichtlich der Ausstellung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege hingewiesen. Auch das repräsentative Pflege-Thermometer 2016 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (vgl. Isfort et al. 2016) beschreibt verschiedene Probleme im Bereich der Verordnungswirklichkeit. Die Verordnungen sind zwar ärztliche Tätigkeiten, den Überblick über die Situation in den Haushalten und über gesundheits- oder krankheitsbezogene Entwicklungen oder über Vorräte an Medikamenten etc. haben oftmals jedoch die Mitarbeiter:innen der Pflegedienste. Sie nehmen dabei vielfach im Sinne einer Sicherstellung der Versorgung deutlich weitergehende Aufgaben wahr, als sich unter der in der HKP-Richtlinie beschriebenen „Berichtspflicht bei Veränderungen der häuslichen Pflegesituation“ fassen lassen.

In der Gesamtbetrachtung der HKP-Richtlinie und der Praxis zeigt sich also, dass viele der in der Richtlinie aufgeführten Leistungen ohne selbstständige Beurteilungen, Planungen und Evaluationen durch Pflegefachpersonen nicht vorstellbar sind.

3.2.1 Der Regelungsbedarf

Angesichts der gesetzlich nunmehr vorgegebenen Vorbehaltsaufgaben der Pflege, der unterschiedlichen Komplexität der ordnungsfähigen Leistungen der HKP und der häufig untrennbaren Zusammenhänge zum Pflegeprozessgeschehen muss davon ausgegangen werden, dass es zukünftig neben der ärztlichen Verordnung und

Veranlassung von Leistungen gem. der HKP-Richtlinie zwingend einer selbstständigen Einschätzung, Planung und Evaluation durch die durchführenden Pflegefachpersonen bedarf (vgl. dazu § 4 i. V. m. § 5 Abs. 3 Nr. 1 des Pflegeberufgesetzes).

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass die Realität der häuslichen Krankenpflege nicht nur durch die HKP-Richtlinie bestimmt wird, sondern für die durchführenden Pflegedienste vor allem durch die bestehenden Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Durchführung Häuslicher Krankenpflege nach § 132a Abs. 4 SGB V. Darin zeigen sich erhebliche Unterschiede hinsichtlich:

- der Vorhaltung von Sachmitteln,
- der personellen Voraussetzungen und Qualifikationen der fachlichen Leitung,
- der Qualifikation der stellvertretenden Leitung,
- der Voraussetzungen der die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchführenden Pflegekräfte,
- der personellen Mindestausstattung und
- der Fort- und Weiterbildung (Büscher et al. 2021).

Die existierende Bundesrahmenempfehlung für Verträge nach § 132 a SGB V trägt nicht zu einer Harmonisierung der Voraussetzungen für die Durchführung der HKP bei, da sie sich lediglich auf die Anerkennung der verantwortlichen Pflegefachperson, die Verordnungs- und Genehmigungsverfahren sowie die Abrechnungsverfahren erbrachter Leistungen, einschließlich des Datenträgeraustauschs, bezieht.

Besonders bedenklich erscheint es, dass gleiche Maßnahmen/Leistungen aus der bundeseinheitlichen HKP-Richtlinie auf Länderebene von Personen mit sehr unterschiedlichen Qualifikationsstufen erbracht werden (können). In der Konsequenz führen die vertraglichen Festlegungen dazu, dass Formen der Leistungserbringung, die in einem Bundesland praktiziert werden, in einem anderen Bundesland als nicht zulässig anzusehen wären, weil das für die Durchführung der HKP-Maßnahmen vorgesehene Qualifikationsniveau der durchführenden Pflegekräfte vertraglich unterschiedlich vereinbart wurde.

Erhöht wird die Komplexität der vertraglichen Grundlagen der Leistungserbringung zur Häuslichen Krankenpflege noch durch ergänzende Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu den spezialisierten Formen der häuslichen Krankenpflege, wie z.B. der ambulanten außerklinischen Intensivpflege, der psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege und ggf. weiterer. Diese sind hinsichtlich der Festlegung struktureller und inhaltlicher Anforderungen ebenfalls sehr heterogen.

3.2.2 Die Besonderheiten der spezialisierten ambulanten Krankenpflege

Ein besonderes Augenmerk der „ärztlich verordneten ambulanten Pflege“ gilt es auf die außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische Häusliche Krankenpflege zu richten. Beide sind hinsichtlich ihrer Komplexität, des Ausmaßes im Alltag der zu unterstützenden Menschen und ihrer An- und Zugehörigen und der notwendigen Qualifikationsanforderungen als deutlich umfangreicher als die anderen verordnungsfähigen Maßnahmen anzusehen. Insbesondere in der vormals als „spezielle Krankenbeobachtung“ oder „häusliche Intensivpflege“ bezeichneten außerklinischen Intensivpflege sind durch das 2020 verabschiedete Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) sehr dynamische Entwicklungen in Gang gesetzt worden, die aus der außerklinischen Intensivpflege einen Versorgungsbereich machen, der nicht mehr klassisch dem ambulanten oder stationären Setting zugeordnet werden kann, sondern an unterschiedlichen Orten erfolgt.

Im Fall der außerklinischen Intensivpflege geht es um die Unterstützung schwerstkranker Menschen, bei denen lebensbedrohliche Situationen entstehen können und die oftmals der künstlichen Beatmung bedürfen. Dazu ist eine dauerhafte Anwesenheit einer qualifizierten Pflegekraft im Haushalt des erkrankten Menschen erforderlich, die im Bedarfsfall unmittelbar die notwendigen Maßnahmen ergreifen kann. Bei der psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege handelt es sich ebenso um die Versorgung von Menschen mit komplexen Problemlagen, die hohe Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter:innen stellt, die in der Lage sein müssen, eigenständige Entscheidungen im Rahmen der Versorgung zu treffen. Die Anforderungen an die psychiatrische Häusliche Krankenpflege lassen sich ebenfalls

nicht durch Einzelverrichtungen beschreiben (s. auch Kapitel 5). Beide Formen der spezialisierten ambulanten Pflege – zu denen weitere wie die ambulante Kinderkrankenpflege oder die ambulante Palliativversorgung gezählt werden können – gehen somit eindeutig mit der Anforderung zur Gestaltung eigener Pflegeprozesse einher.

3.2.3 Weiterentwicklung der HKP-Richtlinie und der Verträge gem. § 132a SGB V unter Berücksichtigung der vorbehaltenen Aufgaben für Pflegefachpersonen

Zunächst wird es darauf ankommen, im Leistungserbringungsrecht die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Pflegefachpersonen die ihnen zugeordneten eigenen Aufgaben im Kontext medizinischer Diagnostik und Therapie, in Kooperation mit den anderen Gesundheitsberufen, insbesondere den Ärzt:innen, ihren eigenen fachlichen Standards entsprechend und eigenverantwortlich wahrnehmen können.

Zur Gewährleistung der Häuslichen Krankenpflege ist dabei auch unter Berücksichtigung der vorbehaltenen Aufgaben der professionellen Pflege weiterhin ein gut geregeltes und kooperatives Zusammenwirken zwischen ambulanten Pflegediensten und verordnenden Ärzt:innen erforderlich.

Interessant wird es dann, wenn zwischen Ärzt:innen und Pflegefachpersonen unterschiedliche Auffassungen über den weiteren Pflege- und Behandlungsverlauf bestehen. Formal besteht die ärztliche Verantwortung für den Behandlungsprozess und -verlauf, die pflegerische für den Pflegeprozess. Beide weisen in der Regel eine große Schnittmenge auf, in der es darum geht, sich auf bestmögliche Lösungen und Vorgehensweisen im Sinne der zu versorgenden Personen zu verständigen. Auch bislang gab es unterschiedliche Sichtweisen von Ärzt:innen und Pflegenden zu Pflege- und Versorgungssituationen. Formal ließen sich diese Differenzen jedoch bislang damit lösen, dass die Pflegefachpersonen verdeutlicht haben, dass sie die Ärzt:innen auf bestimmte Beobachtungen und Einschätzungen hingewiesen haben. Sie sind damit ihrer Pflicht im Sinne der HKP-Richtlinie nachgekommen, da die Gesamtverantwortung gemäß der Richtlinie bei den Vertragsärzt:innen lag. Dies ist mit der Einführung der vorbehaltenen Aufgaben im PflBG vom Grundsatz her für die

Pflegefachpersonen nicht mehr so eindeutig, denn die Verantwortung für die Organisation, Gestaltung und Steuerung der Pflegeprozesse liegt nun ausschließlich bei ihnen.

Hinzu kommt, dass Unstimmigkeiten zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der verordnenden Ärzt:in bislang im schlechtesten Fall bedeutete, dass der kranke oder pflegebedürftige Mensch keine Leistungen erhielt, die in seiner Situation aus pflegerischer Sicht notwendig gewesen wären. Der Rückzug auf den Text der HKP-Richtlinie ist hier also nicht mehr sachgerecht. Denn es gibt zwingende Gründe dafür, die in der HKP-Richtlinie festgeschriebene alleinige Beurteilung relevanter Sachverhalte ärztlicherseits bei gleichzeitig nicht vorgesehener selbstständiger Bewertung durch die Pflege vor dem Hintergrund der vorbehaltenden Aufgaben und der Herausforderungen in der Versorgungsrealität zu revidieren.

Eine Weiterentwicklung der HKP-Richtlinie im beschriebenen Sinne ist daher dringend geboten. Es muss beschrieben werden, dass bei Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten die pflegerischen Aufgaben in der Planung, Ausrichtung und Durchführung in den jeweiligen Pflegeprozess zu integrieren und nicht unabhängig von ihm durchzuführen sind. Durch die eigenständige Würdigung der pflegerischen Verantwortung wird das Verordnungsrecht der Ärzt:innen nicht in Frage gestellt. Auch steht die ärztliche Verantwortung, ärztliche Tätigkeiten an Pflegefachpersonen zu delegieren nicht in Frage. Allerdings darf weder durch eine ärztliche Verordnung noch durch eine Delegation zukünftig die Eigenverantwortlichkeit der professionellen Pflege für die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses insgesamt eingeschränkt werden. In der Praxis ist eine derartige kollegiale Kooperation unter Anerkennung und Berücksichtigung der jeweils anderen Expertise für das Zusammenwirken von Pflege und Medizin vielerorts bereits prägend.

Insgesamt bedarf es aufgrund der gesetzlich festgeschriebenen Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen also der Anpassungen des Leistungserbringungsrechts (Richtlinien gem. § 92 SGB V der Häuslichen Krankenpflege und der Rahmenverträge gem. § 132a SGB V) unter verantwortlicher Mitwirkung der beruflichen Selbstverwaltung der Pflege.

Erste Schritte zu einer Reform der HKP-Richtlinie sind bereits erfolgt. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. 2021, S. 2754 ff.) wurde der G-BA beauftragt, in der HKP-Richtlinie Rahmenvorgaben zu einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen im Leistungsverzeichnis zu erlassen, bei denen „innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens“ Pflegekräfte „selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen“ machen können (S. 2755 unter Nr. 116).

Welche Anforderungen an die dafür notwendige Eignung der Pflegefachpersonen gestellt werden müssen, soll in den Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V bestimmt werden (S. 2769 unter Nr. 38 a) cc)). Diese auch mit dem Begriff „Blankoverordnung“ bezeichnete Erweiterung der Verantwortung von Pflegefachpersonen soll Teil der Regelversorgung werden. In der nachstehenden Liste der verordnungsfähigen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sind die Leistungen in Fettschrift, bei denen eine Entscheidung von Pflegefachpersonen über die Häufigkeit und Dauer vorgesehen ist. Die zuständige Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundesausschusses hat die Festlegung auf Basis der Ausbildungsinhalte von Pflegefachpersonen vorgenommen. Auch wenn auch andere Festlegungen aus fachlicher oder wissenschaftlicher Sicht denkbar sind, zeigt die Veränderung einen möglichen Weg zur Weiterentwicklung auf, dem aber weitere im genannten Sinne folgen müssen. Hierzu zeigen sich aktuell relevante politische Aktivitäten: Mit den am 19.12.2023 vom Bundesgesundheitsminister vorgelegten Eckpunkten eines künftigen Pflegekompetenzgesetzes (BMG 2023) wird u.a. die gezielte Ausweitung von Ordnungs- und Empfehlungsbefugnissen adressiert.

Ärztlich verordnete, vom Pflegedienst durchgeführte Leistungen (Einrückungen, weil in der Nummerierung der HKP-Richtlinie den darüberstehenden Begriffen zugeordnet, in Fettdruck die Leistungen, bei denen Pflegefachkräfte über Häufigkeit und Dauer entscheiden können sollen, entnommen aus der HKP-Richtlinie, die am 01. April 2021 in Kraft getreten ist):

Absaugen

Absaugen der oberen Luftwege

Bronchialtoilette (Bronchiallavage)

Anleitung bei der Behandlungspflege

Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung

Blasenspülung

Blutdruckmessung

Blutzuckermessung

Interstitielle Glukosemessung

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Drainagen, Überprüfen, Versorgen

Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung

Flüssigkeitsbilanzierung

Infusionen i.v.

Infusionen s.c.

Inhalation

Injektionen

Injektion, Richten von

Instillation

Kälteträger, Auflegen von

Katheter, Versorgung eines suprapubischen

Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins

Krankenbeobachtung, spezielle

Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten

Magensonde, Legen und Wechseln

Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose

Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei

Psychiatrische Krankenpflege

Stomabehandlung

Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der

Venenkatheter, Pflege des zentralen

Wundversorgung einer akuten Wunde

Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV

Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z.B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss

An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung

3.3 Stationäre Langzeitversorgung

Auch für die stationäre Langzeitversorgung lassen sich Herausforderungen bei der Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses und damit bei der Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben beschreiben. Anders als in der ambulanten Pflege sind Pflegeprozesse in der stationären Langzeitversorgung dadurch gekennzeichnet, dass es sich um eine Versorgung rund-um-die-Uhr handelt. Zudem bedeutet die Versorgung in einer stationären Einrichtung, dass die Bewohner:innen ihren Lebensmittelpunkt in der Regel dauerhaft verändert haben, die meisten sicherlich in dem Bewusstsein, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit die letzte wohnliche Veränderung ihres Lebens sein

wird. Diese Charakteristika sind bei der Gestaltung des Pflegeprozesses zu berücksichtigen, weil sie einen starken Einfluss ausüben. So ist die Unterstützung beim Einzug in die Pflegeeinrichtung ein wesentlicher Teil der pflegerischen Versorgung. Der pflegerische Auftrag kann vor diesem Hintergrund bereits zu dem Zeitpunkt beginnen, an dem die Entscheidung für den Umzug in die stationäre Einrichtung erfolgt und dieser vorbereitet wird. In anderen Fällen beginnt die Pflegebeziehung mit dem Tag des Einzugs. Ob Angehörige des pflegebedürftigen Menschen involviert sind und ob diese in die Versorgung einbezogen sein möchten, spielt ebenfalls eine Rolle. Die Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs sollte nach ähnlichen Kriterien verlaufen wie in der ambulanten Pflege. Die Planung und Vereinbarung der pflegerischen Unterstützung wird sich jedoch schon deshalb unterscheiden, weil die stationäre Pflege auf eine dauerhafte Vollversorgung ausgerichtet ist, wohingegen die ambulante Pflege in der Regel eine Ergänzung der pflegerischen Versorgung im Tagesverlauf darstellt.

Der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung geht mit hohen Anpassungserfordernissen der neuen Bewohner:innen einher und der Umgang mit Eingewöhnungsproblemen ist ein wesentlicher Bestandteil der Pflege. Hinsichtlich der Berücksichtigung individueller Wünsche und Präferenzen unterscheidet sich die Vorgehensweise nicht grundsätzlich von der ambulanten Pflege und auch in Bezug auf die Einschätzung bestehender Pflegerisiken bestehen viele Gemeinsamkeiten. Sie unterscheiden sich vor allem im Hinblick auf das Ausmaß und die Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegenden in der Pflegeeinrichtung.

Große Unterschiede bestehen daher bei der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen. Diese sind in der stationären Pflege zwar leistungserbringungsrechtlich nicht so reglementiert wie im ambulanten Bereich, beziehen sich aber auf einen deutlich ausgedehnteren Zeitrahmen. In der stationären Pflege ist zudem die Einflussmöglichkeit auf die Ergebnisse des Pflegeprozesses deutlich größer, weil ein umfänglicher Pflegeauftrag besteht. Mit der höheren Einflussmöglichkeit geht auch eine höhere Verantwortung der Pflegenden in stationären Pflegeeinrichtungen einher, da sich die Bewohner:innen in eine vollumfängliche Versorgung begeben. Dies bedeutet nicht, dass sämtliche Wünsche zu erfüllen sind, es impliziert jedoch, dass Pflegefachpersonen ihre fachliche Kompetenz bei der Gestaltung des Prozesses so

einbringen sollten, dass eine hohe Pflegequalität in Bezug auf die individuelle Lebensqualität, das individuelle Wohlbefinden sowie die Prävention pflegebedingter Risiken im Ergebnis steht. Das individuelle Selbstbestimmungsrecht der Bewohner:innen, die vorgeschlagenen Maßnahmen jederzeit ablehnen zu können, ist davon unberührt.

Für die stationäre Pflege ist es ratsam, für wiederkehrende pflegerische Herausforderungen in der Versorgung der Bewohner:innen auf bestehende Pflegekonzepte zurückzugreifen oder eigene Konzepte zu entwickeln. Insbesondere die Versorgung von Menschen mit Demenz stellt eine große Herausforderung dar, für die jedoch unterschiedliche Pflegekonzepte vorhanden sind. Die Expertenstandards in der Pflege geben Hinweise auf den Umgang mit zentralen Qualitätsrisiken und zeigen Wege zur Organisationsentwicklung auf, in deren Rahmen individuelle Pflegeprozesse gut gestaltet werden können. Auch Leitlinien und andere Qualitätsinstrumente unterstützen die Gestaltung von Pflegeprozessen und geben Hinweise für die Qualitätsentwicklung und -sicherung.

In der stationären Pflege werden wie in der ambulanten Pflege Maßnahmen auf ärztliche Veranlassung bzw. Verordnung durchgeführt. Sie werden jedoch, anders als in der häuslichen Pflege, nicht gesondert vergütet, sondern sind Teil der pauschalierten Vergütung bei vollstationärer Pflege. Dadurch sind einige der komplexen Regelungen der HKP-Richtlinie, die im vorherigen Kapitel geschildert wurden, hier nicht relevant. In der stationären Versorgung bestehen jedoch andere Herausforderungen in der Kooperation mit niedergelassenen Ärzt:innen, die insbesondere darin liegen, den Zugang der Bewohner:innen zu ärztlicher Versorgung zu ermöglichen und tragfähige Kooperationen mit niedergelassenen Ärzt:innen aufzubauen. Zudem bedeutet die nicht erfolgende Vergütung dieser Leistungen, dass die verfügbaren Ressourcen zwischen Bewohner:innen, die sie erhalten und denen, die sie nicht erhalten, unterschiedlich sein können.

Weitere Herausforderung in der Pflegeprozessgestaltung in der stationären pflegerischen Versorgung bestehen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen, in der nächtlichen Versorgung, im Hinblick auf die Begleitung sterbender Bewohner:innen sowie bei der Begleitung bei Übergängen nach Krankenhausaufenthalten.

3.3.1 Personalbemessung

Zum 01.07.2023 wurde ein neues Verfahren zur Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI eingeführt. Die Grundlage für dieses Verfahren ist ein Algorithmus, nach dem die Anzahl und Qualifikation der verfügbaren (und somit refinanzierbaren) Pflegepersonen berechnet wird. Die Anzahl wird zwischen einzelnen Pflegeeinrichtungen variieren je nachdem, wie sich die Verteilung der Pflegegrade, also das Ausmaß der Beeinträchtigungen der individuellen Selbständigkeit, der Bewohner:innen in den Pflegeeinrichtungen darstellt.

Vor dem Hintergrund der Vorbehaltsaufgaben ist diese neue Regelung insofern relevant, als die durch den Algorithmus bestimmte Zahl der verfügbaren Pflegefachpersonen maßgeblich dafür ist, wie viele Personen in den Pflegeeinrichtungen für die Steuerung der Pflegeprozesse bei den Bewohner:innen verfügbar sind und wie viele Personen im Rahmen dieser Pflegeprozesse Aufgaben in der Versorgung übernehmen können. In der Regel sollten es durch das neue Personalbemessungsverfahren für die einzelnen Einrichtungen mehr Personen sein, die zur Verfügung stehen, auch wenn sich der Anteil der Pflegefachpersonen in einigen Einrichtungen durchaus reduzieren könnte. Erste Vereinbarungen in einigen Bundesländern wie beispielsweise in Bayern geben zu dem Anlass zu der Vermutung, dass die intendierten Entlastungswirkungen durch mehr Personal in einigen Einrichtungen durch Einsparungen an anderer Stelle wieder kompensiert werden sollen. Damit würde die Intention der neuen Personalbemessung tatsächlich konterkariert.

Für den angestrebten Fall einer Erhöhung der Anzahl des verfügbaren Personals ist es für die Pflegeeinrichtungen nun empfehlenswert, die Anzahl der zukünftig verfügbaren Personen insgesamt und die Anzahl der Pflegepersonen einerseits sowie die Wünsche und Bedarfslagen der Bewohner:innen andererseits im Rahmen passender Pflegekonzepte gut miteinander zu verknüpfen, um somit die erforderlichen Pflegeprozesse sinnvoll gestalten und zu einer guten Versorgungsqualität beitragen zu können. In diesem Rahmen gilt es dann, die anfallenden Aufgaben sinnvoll zu verteilen. Dazu eignen sich Bezugspflegesysteme, die fachlich von Fachkräften

gesteuert werden. Diese Aufgabe ist sehr anspruchsvoll, sollte aber vor der Intention der neuen Personalbemessung gesehen werden, eine angemessene Anzahl der in der Pflege beschäftigten Personen zur Verfügung zu haben.

Umso unverständlicher, aber erklärbar (siehe Kap. 0) ist es, dass sich Anzeichen dafür mehren, dass nicht die Steuerung von Pflegeprozessen zum Maßstab für die Organisations- und Personalentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen zu werden scheint, sondern eine kaum anders als mit Funktionspflege zu bezeichnende Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens um sich greift. Aus diversen Einrichtungen wird berichtet, dass in Listen mit Einzelverrichtungen diesen einzelnen Qualifikationsstufen zugeordnet und Festlegungen getroffen werden, welches pflegerische Qualifikationsniveau für Personen welchen Pflegegrades Aufgaben übernehmen soll. Vor einer solchen Entwicklung kann nur gewarnt werden.

Legitimiert wird diese Vorgehensweise unter Bezugnahme auf den Interventionskatalog, der im Rahmen der Studie zur Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens zur Erhebung von Pflegeaufwänden genutzt wurde (SOCIUM et al. 2020). Tatsächlich wurde darin eine große Anzahl pflegerischer Handlungen beschrieben, zum Teil in einzelne Bestandteile zerlegt und es wurden Qualifikationen für die Durchführung der Tätigkeiten festgelegt. Dieses Vorgehen diente der Operationalisierung bei der Datenerhebung in der Studie. Es wird nun zweckentfremdet und mehr oder weniger als „Zwangsrahmen“ für die Personaleinsatzplanung in stationären Pflegeeinrichtungen genutzt. Dazu war die Auflistung der Interventionen jedoch nie gedacht. An keiner Stelle ist eine Verpflichtung formuliert, mit diesem Instrument die Pflege in der Praxis 1:1 zu strukturieren. Der Interventionskatalog umfasst eine Vielzahl pflegerischer Handlungen und kann in diesem Sinne eine Orientierungshilfe sein, ist jedoch keinesfalls abschließend. Die zum Teil kritiklose Übernahme des Kataloges verdeutlicht, warum es sinnvoll ist, dass der Gesetzgeber Vorbehaltsaufgaben zum Schutz vor unsachgemäßer Pflege festgeschrieben hat. Die Komplexität von individuellen pflegerischen Situationen ist Grundlage des Mitarbeiterereinsatzes und die Entscheidung darüber den Pflegefachkräften im Rahmen der ihnen vorbehaltenen Aufgaben überlassen. Auf die in diesem Zusammenhang relevanten Führungsaspekte für das Pflegemanagement wird in Kapitel 6 näher eingegangen.

3.4 Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023): Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz, vom 19.12.2023. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf (Stand: 19.01.24)

Büscher, A.; Zeiser, S.; Gruber, E. (2021): Unterschiede in den Verträgen zur häuslichen Krankenpflege in Deutschland und ihre Konsequenzen. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. 26: 161-166

Ewers, M; Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), S. 99-107. Bielefeld: IPW.

Gemeinsamer Bundesausschuss - G-BA (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 09. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 18. März 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15. April 2021 B3), in Kraft getreten am 1. April 2021

Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Tucman, D.; Gehlen, D., Hylla, J. (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln. URL: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf

Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.) (2018): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Springer, Berlin.

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw); Kompetenzzentrum

für Klinische Studien Bremen (KKSB)(2020): Abschlussbericht im Projekt:
"Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur
einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach
qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen,
verfügbar unter: [https://www.gs-qa-pflege.de/wp-
content/uploads/2022/10/Abschlussbericht_PeBeM-1.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2022/10/Abschlussbericht_PeBeM-1.pdf) (letzter Zugriff: 12.12.2023)

4. Vorbehaltsaufgaben in der Akutversorgung

Erika Sirsch, Frank Weidner, Inge Eberl

Nach den pflegerischen und juristischen Grundlagen sowie den Ausführungen zur stationären und ambulanten Langzeitpflege (siehe Kap. 3) wird in diesem Kapitel der Fokus auf Vorbehaltsaufgaben in der Akutpflege gelegt. Damit ist auch eine Klärung der Begrifflichkeiten verbunden. Denn häufig wird mit Akutpflege die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf im Krankenhaus verstanden. Diese Perspektive greift zu kurz, denn akutpflegerischer Bedarf kann in allen Versorgungssettings entstehen und ist meist in einen interprofessionellen Kontext eingebunden. Die Autor:innen adressieren daher neben den Vorbehaltsaufgaben in der Akutpflege auch mögliche Herausforderungen durch Setting übergreifende Pflegearrangements sowie durch interprofessionelle Handlungszusammenhänge.

4.1 Generalistik in der Akutpflege

Die World Health Organization (WHO) stellte bereits vor 10 Jahren fest, dass die Definition von „acute care“ unzureichend ist: „(...) acute care has been poorly defined (...)“ (Hirshon et al., 2013, S. 386). Dabei ist festzuhalten, dass >acute care< nicht gleichbedeutend mit >Akutpflege< ist, der englischsprachige Begriff der Sorge bzw. Fürsorge ist weitergefasst und gilt nicht nur für Pflegefachpersonen. Für den deutschsprachigen Raum fehlt es aktuell noch an einer umfassenden Definition für Akutpflege im Setting übergreifenden und interprofessionellen Kontext. Zudem werden Menschen mit Pflegebedarf in unterschiedlichen Settings betreut.

Eine Differenzierung dieser Versorgungsarrangements wird häufig über eine Dreigliederung gedacht: die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person, die stationäre Langzeitversorgung in Einrichtungen der Altenhilfe und die Akutversorgung im Krankenhaus. Diese Gliederung basiert in Deutschland u. a. auf den überwiegend Sektoren zugeordneten Sozialgesetzen, vor allem SGB V und SGB XI. Langfristiger Pflegebedarf, im Sinne des SGB XI, wird durch Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt. Die Finanzierung der Leistungen im

akutstationären Bereich sowie der sogenannten Behandlungspflege in der Häuslichkeit erfolgen im Rahmen des SGB V (Verweis auf Kap. 3).

Die Ausgestaltung der Arbeitswelt von professionell tätigen Pflegefachpersonen und weiteren Angehörigen der Gesundheitsberufe erfolgte bislang ebenfalls entlang einer Dreiteilung: Der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege. Mit dem Pflegeberufegesetz wurde diese international völlig unübliche Differenzierung in der Primärqualifizierung überwunden und eine generalistische Ausbildung für Pflegefachpersonen in allen Versorgungsbereiche eingeführt. Verpflichtend ist aktuell innerhalb der dreijährigen berufsfachschulischen Pflegeausbildung eine generalistische Ausbildungsphase in den ersten zwei Jahren für alle Auszubildenden. Zum Ende der beiden ersten Ausbildungsjahre besteht für das letzte Drittel der Ausbildung das Wahlrecht, die generalistische Ausbildung weiterzuführen oder einen besonderen Abschluss in der Altenpflege oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anzustreben. Diese Abschlüsse gibt es im primärqualifizierenden Pflegestudium nicht, hier ist neben der generalistischen Ausbildung eine Vertiefung im pädiatrischen oder im geriatrischen Bereich möglich (Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.), 2020).

Die Einführung der Generalistik folgt dem Bedarf und Bedürfnissen nach pflegerischen Aufgaben- und Handlungsfeldern, die stetig komplexer und auch dynamischer werden. So kann akuter Handlungsbedarf auch in der Häuslichkeit oder der stationären Langzeitpflege auftreten, bspw. bei einer extremen Hitzewelle, wenn akute Folgen von Exsikkose sofortige pflegerische Maßnahmen zur Flüssigkeitssubstitution oder Temperaturreduktion verlangen oder bei einem Sturz direkte Unterstützung erforderlich wird. Im Gegenzug werden durch den demografischen Wandel vermehrt hochbetagte Menschen und Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Akutkliniken behandelt. Bereits im Jahr 2018 wurde berichtet, dass rund 40% (n= 1.469) der stationären Patient:innen über 65 Jahre im Krankenhaus kognitive Beeinträchtigungen, wie bspw. Demenz oder ein Delir zeigten (Hendlmeier et al., 2018). Aufgrund dieser und weiterer Entwicklungen sind jetzt schon und zukünftig noch mehr berufsfeldbreite Kompetenzen, wie sie in einer generalistischen Ausbildung vermittelt werden, für alle bisherigen und auf einzelne Lebensphasen oder Altersgruppen abzielenden Pflegeberufe notwendig.

Mit der generalistischen Ausbildung wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Akutpflege nicht auf das Krankenhaus beschränkt ist, sondern ebenso in der stationären Langzeitpflege oder in häuslichen Pflegearrangements erforderlich sein kann, z. B., wenn Erkrankungen plötzlich auftreten oder Erkrankungssituationen instabil werden.

„Unter Akutpflege wird [...] die Pflege von Menschen mit plötzlich auftretenden und zum Teil vorübergehenden Einschränkungen, wie z. B. Wunden oder Erkrankungen, verstanden. Die Menschen werden entweder stationär, z. B. in einem Krankenhaus, oder ambulant in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt.“ (Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), 2020 S. 11). Akutpflege umfasst somit zeitkritische, individuell an der betroffenen Person orientierte diagnostische und kurative Maßnahmen, deren Ziele die weitest mögliche Wiedererlangung oder Aufrechterhaltung einer stabilen Pflegesituation und der Gesundheit sind. Unter Akutpflege werden pflegerische Aufgaben und/ oder Maßnahmen subsumiert, die mit sofortigem gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarf einhergehen. Es besteht ein unmittelbarer Entscheidungs- und Handlungsdruck für Pflegefachpersonen und alle weiteren Beteiligten. Die Situation wird plötzlich und oft unerwartet >akut< und geht für die betroffenen Menschen mit Pflegebedarfen mit Gefühlen der Ungewissheit, der Angst und des Leids einher. Sie erleben dann akute Ereignisse oft als ein Ausgeliefert- und Angewiesensein auf Dritte (Lassen et al., 2010; Sirsch, 2019).

4.2 Interprofessionalität in der Akutversorgung

In der Akutversorgung, die im Gegensatz zur Akutpflege alle Gesundheitsfachberufe einbeziehen kann, steht häufig die medizinische Versorgung im Mittelpunkt. Akutpflege ist per se bereits Bestandteil dieses interprofessionellen Versorgungskanons, in dem die Handlungen aller Akteur:innen abgestimmt werden müssen. Dies gilt umso mehr und rechtlich verbindlich vor dem Hintergrund der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG. Entsprechend der Formulierung dieser Vorbehaltsaufgaben sind Pflegefachpersonen für die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Evaluation

und Qualität der Pflege vorbehaltlich verantwortlich, andere Berufsgruppen dürfen hier nun keine Entscheidungsverantwortung mehr beanspruchen (vgl. Kapitel 1).

In der praktischen Akutversorgung kann es nun häufiger zu Konflikten im interprofessionellen Aushandlungsprozess um den richtigen Behandlungsweg und die jeweiligen Zuständigkeiten kommen, denn bisherige Vorbehaltsaufgaben der Ärzt:innen haben ja auch weiterhin Bestand. Diese sind allerdings nicht gesetzlich geregelt, sondern basieren auf dem Leistungs- und Berufsrecht. So hat die Bundesärztekammer für Ärzt:innen vorbehaltliche Aufgaben definiert, die sich allerdings u. a. aus der Vergütungsstruktur und dem eigenen Berufsrecht ableiten: „Von Ärztinnen und Ärzten höchstpersönlich auszuübende sogenannte „Vorbehaltsaufgaben“ sind aus Sicht der Vertreterin der gesetzlichen Krankenkassen eine Besonderheit im deutschen Gesundheitswesen. Es werden zwei unterschiedliche Arten von Vorbehaltsaufgaben genannt: der berufsrechtliche und der krankensicherungsrechtliche Arzt-Vorbehalt. Die vertretende wissenschaftliche Seite sieht die Kernkompetenz der Ärzteschaft bei den Aufgaben in den Bereichen von Diagnostik und Therapie.“ (AG „Zukünftiges Rollenverständnis der Ärzteschaft in einer teamorientierten Patientenversorgung“ der Bundesärztekammer, 2021: S. 9). Die Bundesärztekammer formuliert den ärztlichen Vorbehalt in sogenannten Kernaufgaben:

„Zu den ärztlichen Kernaufgaben gehören deshalb insbesondere:

- Anamnese
- Indikationsstellung
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen
- Stellen der Diagnose und der Differenzialdiagnose
- Aufklärung und Beratung des Patienten
- Entscheidung über die Therapie/Pharmakotherapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe“ (AG „Zukünftiges Rollenverständnis der Ärzteschaft in einer teamorientierten Patientenversorgung“ der Bundesärztekammer, 2021: S. 9).

Einschränkend auf diese ärztlichen Vorbehalte können sich in konkreten Einzelfällen aktuell und zukünftig die absolut formulierten pflegerischen Vorbehalte nach § 4 PflBG auswirken. Somit erhält der ehemals erforderliche interprofessionelle Aushandlungsprozess von Begründungen und Entscheidungen im Behandlungsverlauf bei Patient:innen neuen Schwung. Immer dann, wenn es beispielsweise um Feststellung von Pflegebedarfen geht oder um die Steuerung des Pflegeprozesses muss pflegfachlicher Sachverstand zwingend einbezogen sein. Der Gesetzgeber hat hier glasklare Vorgaben im Sinne des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität gemacht: Der Patientenschutz und die Versorgungsqualität in Bezug auf die Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses sowie die Qualität der Pflege werden ausschließlich gewährleistet durch eine entsprechende Qualifikation (Ausbildung zur Pflegefachperson gem. PflBG) sowie ein damit verbundenes Vorbehaltsrecht gem. § 4 PflBG. Oder kurz gesagt: nur wer es kann, soll es machen und verantworten!

Eine wirklich interprofessionelle Zusammenarbeit kommt zustande, wenn „[...] Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer effektiven Kollaboration, welche die Gesundheitsresultate verbessert“ (Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health, 2010; Matter, 2018, S. 1521). Dazu können – und müssen nun unter den gegebenen Bedingungen des neuen pflegerischen Vorbehaltsrechts – unterschiedliche Kompetenzen gleichberechtigt in die Planung, Steuerung und Evaluation der Akutversorgung einfließen. Der Anteil der Akutpflege ist dabei durch die im § 4 PflBG definierten Aufgaben gekennzeichnet.

Gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne des Menschen mit pflegerischem- und medizinischem Behandlungs- und Betreuungsbedarf hat Voraussetzungen (Gellert & Novak, 2010; Höppner & Büscher, 2011; Sirsch, 2022):

- Die Rollen und Beziehungen der Akteur:innen müssen geklärt und transparent sein. Gemeinsames Handeln bedeutet auch, zu wissen, über welche Kompetenzen die Mitglieder der weiteren Berufsgruppen verfügen.

- Die handelnden Personen müssen, in Abstimmung mit dem Menschen mit Pflege- und medizinischem Betreuungs- und Behandlungsbedarf und ggf. den An- und Zugehörigen, eine gemeinsame Zielsetzung entwickeln.
- Die handelnden Personen sollten mit Fokus auf die Perspektive der Menschen mit Pflege- und medizinischem Behandlungsbedarf ihre Interessen und Zielsetzungen klären und prüfen, ob und wie ein interprofessionelles Handeln angezeigt ist.
- Die interprofessionelle Kooperation sollte nicht von Konkurrenz geprägt sein. Es gilt mögliche Ressourcen und Wissensbestände zu teilen. „Herrschaftswissen“ verhindert eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit.
- Die Akteur:innen benötigen Vertrauen in die Kompetenz der jeweils anderen, dazu ist Transparenz in der Planung, Zielsetzung, Maßnahmendurchführung und Evaluation erforderlich

4.3 Vorbehaltsaufgaben in der Akutpflege

Auch wenn Akutpflege oftmals zeitnahe fachliche Maßnahmen erfordert, ist auch sie nicht allein von kurativen Ansätzen geprägt, bei denen >nur< die Behandlung von Erkrankungen oder singulären Beeinträchtigungen im Fokus ist. Gemäß § 5 PflBG umfasst die Pflege „präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender.“

Entscheidungen sowie die Steuerung des Pflegeprozesses bedürfen fachlicher und personaler Kompetenzen auf unterschiedlichen Ebenen. Zum einen ist Regelwissen erforderlich, dass sich bspw. in Standards und Leitlinien abbildet und zusehends wissenschaftlicher fundiert sowie evidenzbasiert sein muss (vgl. PflBG § 5 und § 37 ff). Professionell Pflegende benötigen darüber hinaus die Kompetenz, ihr Wissen und ihre Erfahrungen jeweils situations- und fallorientiert angemessen anzuwenden. Das Regelwissen ist also mit den Bedarfen und Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen und ggf. ihren An- und Zugehörigen abzustimmen. Wobei das nicht immer einfach ist, da die fachlichen Einschätzungen nicht immer mit den Vorstellungen und Bedürfnissen

der Menschen übereinstimmen. Zum Austarieren dieser ambivalenten Einheit aus Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen (vgl. Schrems, 2018) sind nicht nur professionelle Kompetenzen, sondern auch eine entsprechende Haltung und Professionalität, eine systemischen Perspektive und eine Person-zentrierte Praxis (McCormack & McCance, 2017) erforderlich. Damit agieren Pflegefachpersonen in einem äußerst komplexen, dynamischen und mit Blick auf die Akutversorgung auch häufig unvorhersehbaren Feld, das sich somit auch nicht mittels Auflistungen von Einzeltätigkeiten abbilden oder bearbeiten lässt.

Dieser Zusammenhang wird im bis Anfang 2024 laufenden Projekt „VAPiK – Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus“ untersucht. Das Projekt wird vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) mit Förderung des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e. V. (KKVD) umgesetzt. Dabei geht es im Kern darum, sowohl geltende Regelungsgrundlagen sowie typische Alltagsfälle im Kontext des pflegerischen Vorbehaltsrechts aus der Akutversorgung im Krankenhaus zu sammeln und zu systematisieren: Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem neuen Vorbehaltsrecht für die intra- und interprofessionellen sowie für die institutionsübergreifenden Kooperationsformen, welche Erkenntnisse und welche Empfehlungen lassen sich daraus für die Versorgung, die Organisation sowie die Politik ableiten. (www.vapik.de).

Ein Beispiel aus dem Schmerzmanagement, ein in akutpflegerischen Situationen häufig anzutreffendes Phänomen, soll diese Herausforderung an Professionalität verdeutlichen:

Pflegefachpersonen sollen im Schmerzmanagement über: „(...) Kompetenz zur systematischen Schmerzeinschätzung, einschließlich der Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerzen“ verfügen. Dazu soll die jeweilige Einrichtung sicherstellen „(...), das aktuelle, zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung stehen und für (...) die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexpertinnen/ Schmerzexperten“ gesorgt ist (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2020, S. 27).

Die dazu erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen der Pflegefachpersonen werden im Curriculum zur Speziellen Schmerzpflege ausgewiesen (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflegefortbildung & Schmerz, 2021):

„Die Pflegefachperson kann:

- die Pflegediagnose „Schmerz“ stellen
- ausgewählte ein- und mehrdimensionale Schmerzerfassungsinstrumente zielgruppenspezifisch auswählen und anwenden
- zwischen akutem und chronischem Schmerz differenzieren
- zwischen Ruhe und Belastungsschmerz differenzieren
- eine stabile bzw. eine instabile Schmerzsituation erkennen und einordnen
- die Auswahl zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung von Schmerz treffen
- das Ergebnis der Schmerzeinschätzung beschreiben
- mögliche Nebenwirkungen beschreiben
- die Evaluation der Schmerzeinschätzung vornehmen“.

Eine Schmerzeinschätzung gehört in der Akutpflege zum Standard einer pflegerischen Anamnese bzw. eines pflegediagnostischen Prozesses. Die Pflegediagnose „Schmerz“ zu stellen, bedeutet für Pflegefachpersonen u. a. verbale oder nonverbale Schmerzzeichen wahrzunehmen, ggf. An- und Zugehörige einzubeziehen und zu klären, welche Bedeutung die betroffene Person dem Schmerz zumisst, ob die Situation stabil oder instabil ist.

Der Einsatz von ein- und mehrdimensionalen Schmerzerfassungsinstrumenten muss zielgruppenspezifisch ausgewählt werden. Pflegefachpersonen müssen differenzieren, ob der Mensch mit Pflegebedarf in der Lage zu einer Selbstauskunft ist oder ob externe Schmerzsignale bei Personen mit beeinträchtigter Wahrnehmung, verbalen oder kognitiven Einschränkungen wahrgenommen werden müssen. Dazu muss geklärt werden, welche Instrumente in der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung gestellt werden müssen und welche Schulungen der Anwendung erforderlich sind.

Das Ergebnis der Schmerzeinschätzung und ggf. auftretende Nebenwirkungen müssen erfasst und im interprofessionellen Kontext beschrieben und bewertet werden. Auch die Evaluation der Schmerzeinschätzung muss mit der betroffenen Person und im Team z.B. in (interprofessionellen) Fallbesprechungen erfolgen.

Dabei werden die Diagnostik, die Zielsetzung, die Maßnahmenplanung und die Evaluation differieren, je nachdem ob die Schmerzeinschätzung nach einem Unfall auf der Intensivstation, in einem bereits etablierten Schmerzmanagement auf einer postoperativen Allgemeinstation oder der stationären Langzeitpflege erfolgt. Es können einzelne Tätigkeiten im Schmerzmanagement anfallen, z. B.:

- die Erfassung von Vital- oder Schmerzzeichen
- die Erfassung einer Selbsteinschätzung mittels einer analogen Skala
- die Schmerzeinschätzung als Fremdeinschätzung wie z. B. der Mimik oder der Körperspannung.

Wird nun beispielsweise eine Schmerzintensität >sieben< von >zehn< durch Selbstauskunft mittels einer Numerischen Rangskala ermittelt, kann dieser scheinbar objektive Befund unterschiedlich bewertet werden. Nach einem Unfall in der Behandlung auf der Intensivstation steht möglicherweise eine sofortige Initialbehandlung an. Während auf der Allgemeinstation die Person dies möglicherweise als noch akzeptabel beschreibt.

Der Bündelung dieser Tätigkeiten, der diagnostische Prozess - die Pflegeplanung mit der Ermittlung des Pflegebedarfes, der Festlegung des Pflegeziels und der erforderlichen Maßnahmen sowie die Evaluation müssen daher in der Verantwortung, dem absoluten Vorbehalt der Pflegefachperson liegen, während einzelne Tätigkeiten u. U. delegiert werden können.

4.5 Fazit

Die pflegerische Expertise in der Akutversorgung ist ein unverzichtbarer Teil der Akutversorgung in allen in Frage kommenden Settings. Mit dem pflegerischen Vorbehaltsrecht gem. § 4 PflBG muss sich der Einfluss der Pflege im kooperativen bzw. interprofessionellen Akut-Behandlungsprozess der Gesundheitsfachberufe

verstärken, denn er muss von allen anderen Berufsgruppen, auch von den Ärzt:innen respektiert werden. Die schon immer bestehende Verantwortung der Pflegefachpersonen für akute pflegerische Versorgungsprozesse wurde vom Gesetzgeber aus Gründen des Patientenschutzes und der Sicherstellung der Versorgungsqualität zu einem Vorbehaltsrecht weiterentwickelt. Komplexität und Dynamik der Versorgungsprozesse von Menschen mit Pflegebedarfen in der Akutversorgung mit ihren An- und Zugehörigen nehmen damit noch einmal zu.

Verständlicherweise wünschen sich Pflegende ebenso wie Sozialarbeiter:innen und Lehrer:innen eher eine Reduzierung von Komplexität in ihrem Berufsalltag. So sehr sich daher auch der Wunsch nach Auflistungen von definierten Tätigkeiten oder rezepthaften Maßnahmenvorschlägen nachvollziehen lässt, die beispielsweise klar beschreiben, was denn nun eine pflegerische Vorbehaltsaufgabe ist und was nicht, so wenig ist dies möglich und sinnvoll. Denn Pflegefachpersonen verantworten, wie gezeigt, das gesamte Pflegeprozessgeschehen von Anfang bis Ende. Damit gehen die vorbehaltenen Aufgaben weit über einzelne Tätigkeiten hinaus und unterliegen gerade in der Akutversorgung vielfältigen Anforderungen und auch dem Risiko plötzlich auftretender Krisen. Jedwede Simplifizierungen des Aufgabenspektrums von professionell Pflegenden verbieten sich somit gerade auch in Akutkliniken.

Eine Aufgabenteilung je nach Kompetenzgrad der handelnden Pflegepersonen - in komplexe Aufgaben und einzelne Tätigkeiten - kann zudem zu einer Zersplitterung des Pflegeprozesses führen. Bei einer solchen Aufspaltung droht ein Rückfall in den Taylorismus der Funktionspflege der siebziger und achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts. Werden „Pflegerunden“ (z. B. zur Erfassung von Vitalzeichen) oder „Lagerungsrunden“ möglicherweise auch von unterschiedlich ausgebildeten Pflegenden durchgeführt, fehlt die Bündelung des dabei gewonnenen Wissens und der Informationen. Die Gefahr des Informationsverlustes ist und bleibt groß.

Vorbehaltsaufgaben in der professionellen Pflege wahrzunehmen, bedeutet daher nicht eine beliebige Liste abzuarbeiten oder auf Aufzählungen zurückgreifen zu können, die einzelne Tätigkeiten ausweist. Vielmehr steht die Verantwortung für die Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses seit Inkrafttreten des PflBG unter absolutem Vorbehalt. Und diese Vorbehaltsaufgaben machen deutlich, das

professionelle Pflege einen ureigenen Aufgaben- und Verantwortungsbereich hat, der auch verantwortlich wahrgenommen und in den interprofessionellen Versorgungsprozess eingebracht werden muss. Die gesetzliche Regelung ist daher eine Chance für die weitere Professionalisierung und vor allem für die Weiterentwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität der Menschen mit Pflegebedarf einschließlich ihrer An- und Zugehörigen gerade auch in der Akutversorgung.

4.6 Literatur

AG „Zukünftiges Rollenverständnis der Ärzteschaft in einer teamorientierten Patientenversorgung“ der Bundesärztekammer. (2021: S. 9). Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung. Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Politik/Positionen_d._BAEK_zu_einer_interdisziplinaeren_u._teamorientierte_n_Patientenversorgung.pdf/

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.). (2020). Pflegeausbildung aktuell. Retrieved from www.bibb.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflegefortbildung & Schmerz. (2021). Curriculum zum pflegerischen Schmerzmanagement. Retrieved from <https://www.schmerzgesellschaft.de>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2020,). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege <http://www.dnqp.de>. Aktualisierung 2020. Retrieved from <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

Gellert, M., & Novak, C. (2010). Teamarbeit – Teamentwicklung – Teamberatung. Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams (Vol. 4. erweiterte Auflage). Meezen: Limmer Verlag.

Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.

Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Henderson, V. (1997). Das Wesen der Pflege. In D. Schaeffer, M. Moers, H. Steppe, & A. Meleis (Eds.), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA* (pp. 39-54). Bern: Hans Huber Verlag.

Hendlmeier, I., Bickel, H., Hessler, J. B., Weber, J., Junge, M. N., Leonhardt, S., & Schaufele, M. (2018). Demenzsensible Versorgungsangebote im Allgemeinkrankenhaus : Repräsentative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHoSt). *Z Gerontol Geriatr*, 51(5), 509-516. doi:10.1007/s00391-017-1339-7

Hirshon, J. M., Risko, N., Calvillo, E. J., Stewart de Ramirez, S., Mayur, N., Theodosisa, C., & O'Neill, J. (2013). Health systems and services: the role of acute care. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.112664>

Höppner, H., & Büscher, A. (2011). Wie lehrt und lernt man Kooperation In Robert Bosch Stiftung (Ed.), *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung* (pp. 15-18). Berlin

Lassen, B., Palm, R., & Schüßler, N. (2010). Baustelle Akutpflege: Überlegungen zum Fundament. *Die Schwester Der Pfleger*, 49(1), 49-51

Matter, M. (2018). Interprofessionalität oder Loblied auf eine gemeinsame Kultur. *Schweizer Ärztezeitung*, 99(44), 1521. doi:<https://doi.org/10.4414/saez.2018.17312>

McCormack, B.; McCance, T. (2017): *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice*. Wiley & Sons Ltd, Chichester

Schrems, B. (2018): *Fallarbeit in der Pflege: Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche*. Facultas, Wien

Sirsch, E. (2019). Die Rolle der Pflege in der Akutversorgung gestern und heute. In I. Proft & H. Zaborowski (Hrsg.), *Gesundheit – das höchste Gut? Anfragen aus Theologie, Philosophie und Pflegewissenschaft* (Vol. 1, pp. 49-64). Freiburg: Herder Verlag

Sirsch, E. (2022). Interprofessionelles Lernen. In I. Gnass & Sirsch E. (Eds.), *Die Komplexität des Schmerzes* (Vol. 1, pp. 157-161). Bern: Hofgreffe Verlag

5. Vorbehaltsaufgaben – Bedeutung für die 'Psychiatrische Pflege'

Markus Witzmann, Dorothea Sauter, Ingo Tschinke

5.1 Bedeutung der Vorbehaltsaufgaben für die Psychiatrische Pflege

„Psychiatrische Pflege“ darf nicht in Abgrenzung zu „nicht-psychiatrischer Pflege“ sektoral definiert werden. Pflegefachpersonen haben in allen Settings und Versorgungskontexten mit Pflegephänomenen zu tun, die sich auf psychische Funktionen, Rollenbeziehungen oder das psychische Wohlbefinden beziehen. In allen Hilfesettings begleiten/befähigen und/oder unterstützen Pflegefachpersonen Menschen, die bei der Wahrnehmung von Selbstpflegeaufgaben (self care agency) auf Hilfe angewiesen sind. In allen Settings können sich die Hilfebedarfe auf körperliche, psychische, soziale oder auch spirituelle Bedürfnisse bzw. Lebensaufgaben beziehen. Konzeptuelle und ethische Grundlagen (z.B. der ICN-Ethikkode, DBfK, 2022) der Pflege gelten settingübergreifend.

Hinsichtlich der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben müssen für die psychiatrische Pflege dennoch Besonderheiten genannt werden. In psychiatrischen Settings stellen psychische und soziale Themen meist den primären Behandlungsauftrag oder Pflegeanlass dar und psychiatrische Pflege muss stets kontextbezogen und lebensweltorientiert erfolgen. Hier müssen spezifische Hilfe-, Pflege- und Behandlungskonzepte zur Anwendung kommen, die auf spezifischen Modellen, Konzepten und Erkenntnissen beruhen. Auch aus dem gesetzlichen Versorgungsauftrag für psychiatrische Settings lassen sich Anforderungen ableiten.

Hierzu werden im Folgenden für die psychiatrische Pflege relevante Modelle und Konzepte vorgestellt, sowie Ziele und Aufgaben psychiatrischer Pflege und Besonderheiten des Versorgungsauftrags genannt. Daraus werden die spezifischen Anforderungen hinsichtlich einer Konkretisierung der Vorbehaltsaufgaben abgeleitet.

5.2 Relevante Modelle und Konzepte

Die psychiatrische Pflege orientiert sich neben anerkannten pflegewissenschaftlichen Theorien und Modellen an mehrdimensionalen Konzepten wie dem „Bio-Psychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit“ (Engel, 1977). Dieses Modell ist international anerkannt und stellt z.B. die Grundlage für die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar (Witzmann, Kraus, Keller, 2023). Erklärungsmodelle psychischer Krisen, z.B. das Vulnerabilität-Stress-Modell (Wittchen, Hoyer, 2011) betonen, dass psychosoziale Krisen und psychiatrische Krankheiten komplexe Ursachen haben und auch Verläufe von vielen Faktoren abhängen. So spielen soziale Faktoren wie Armut, Bildung, Einsamkeit eine große Rolle; viele psychische (Pflege-)Probleme verschärfen sich mit sozialen Problemen und umgekehrt. Pflegerische, soziale, medizinische, psychologische und nicht-professionelle Hilfen können ineinander übergehen (Abderhalden, Needham, Wolff et.al., 2023; Schädle-Deiningner & Wegmüller, 2017). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, können zusätzlich Entwicklungskrisen/-prozesse und psychiatrische Krisen/Prozesse nicht klar voneinander getrennt werden; was eine enge Verzahnung pädagogischer und pflegerischer Hilfen erforderlich macht.

Beziehungsgestaltung hat in der psychiatrischen Pflege einen besonderen Stellenwert. Psychosoziale Krisen und psychiatrische Krankheiten wirken sich auf Beziehungen aus und umgekehrt. Viele Betroffene haben negative Beziehungserfahrungen und viele auch eingeschränkte Möglichkeiten, Beziehungen einzugehen und zu gestalten. Die Beziehung zu sich selbst und die Wahrnehmung der eigenen Identität, wie auch die Beziehung zu anderen können im Hilfeprozess vor allem durch Beziehungsarbeit und neue Beziehungserfahrungen beeinflusst werden. Die Beziehungsgestaltung zu betroffenen Personen gilt daher als unabdingbare Grundlage für die Arbeit im Pflegeprozess (Bauer, 2002; Kistner, 1992; Hahn, 2023). Schon in den 1950er Jahren wurde von der US-amerikanischen Pflege-theoretikerin Hildegard Peplau das Pflegemodell der interpersonalen Beziehungspflege entwickelt (Peplau, 1995).

Vor allem bei längerfristigen psychiatrischen Krisen und Krankheiten wird Genesung von Betroffenen häufig im Sinne des Recovery angestrebt und verstanden: es geht nicht vorrangig um bestmögliche Symptommfreiheit, sondern darum, das eigene Leben souverän und autonom zu gestalten und Sinn und Wohlbefinden zu erfahren. Entsprechende Modelle und Ansätze finden in der psychiatrischen Pflege Anwendung, beispielsweise das Gezeitenmodell von Barker und Buchanan-Barker (Barker & Buchanan-Barker, 2020), der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung (Kremer & Schulz, 2013), die Recovery-Orientierung und der Empowerment-Ansatz (Deegan, 1988).

Aus den skizzierten Modellen und Grundannahmen ergibt sich, dass bei der Ausgestaltung der Vorbehaltsaufgaben – beispielsweise des Assessments – ein Rückgriff auf relevante psychiatrische Konzepte und Tools erfolgen muss. Da Beziehungsarbeit Basis und Inhalt des Pflegeprozesses ist, kann es sein, dass Vorbehaltsaufgaben zunächst zurückgestellt werden müssen („Kontakt geht vor Kontrakt“). Alle Vorbehaltsaufgaben erfolgen sofern möglich in enger Abstimmung mit den Pflegeempfänger:innen. Befähigende Pflege heißt, dass Kontrolle wo immer möglich den Nutzenden überlassen und relevante Entscheidungen mit dem Nutzenden abgestimmt werden. Die Vorbehaltsaufgabe ‚Steuerung des Pflegeprozesses‘ versteht sich als Gemeinschaftswerk zwischen Fachperson und Pflegeempfänger:in.

5.3 Verständnis und Aufgaben psychiatrischer Pflege und interprofessioneller Versorgung

Die gemeinsame Definition der psychiatrischen Fachgesellschaften auf Bundesebene liefert eine gute Beschreibung:

„Menschen mit besonderen psychischen Gesundheits Herausforderungen oder Krisen brauchen sehr unterschiedliche Unterstützungs- und Behandlungsangebote. Psychiatrische Pflege bietet spezifische Hilfen für Menschen mit psychischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen, insbesondere Hilfen zur Selbstpflege und zur Gestaltung des Alltags, aber auch zur Bewältigung der Folgen psychischer Erkrankungen und zur Förderung der Genesung. Pflegehandeln schließt Beratung, Prävention,

Gesundheitsförderung und den sozialen Kontext der betroffenen Person mit ein“ (Verbändedialog Psychiatrischer Pflege, 2019).

Die Kernelemente der psychiatrischen Pflege sind die Beziehungsgestaltung, die Orientierung an den mit Patient:innen partnerschaftlich vereinbarten Zielen und die Recovery- und Empowerment-Orientierung (Richter, Schwarze & Hahn, 2014). Neben der individuellen Stärkung und Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung bei der Bewältigung ihres Alltags steht die (Weiter-)Entwicklung ihrer persönlichen Kompetenzen und Selbstmanagementfähigkeiten im Vordergrund. Dazu gehören Aspekte wie die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und deren subjektiven Bedeutung im Leben der Person sowie das Erkennen von Frühwarnzeichen und die Entwicklung eigener Konzepte zur individuellen Krankheitsbewältigung.

Die fachliche Antwort auf das o.g. multifaktorielle Geschehen psychischer Krisen ist vielfach ein mehrdimensionales Behandlungs- und Hilfskonzept, d.h., dass bei komplexen Hilfebedarfen verschiedene Professionen/Akteur:innen auf unterschiedliche Teilaspekte der Krankheits- und Krisenprozesse Einfluss nehmen und miteinander, zusammen mit der jeweiligen betroffenen Person an einem ‚Strang‘ ziehen müssen. In Teilen werden ähnliche Aufgaben (wie stützende Beziehungsgestaltung und Vermittlung von Vertrauen, supportive Gesprächsführung, niedrigschwellig-psychotherapeutische und übende Verfahren) von mehreren Berufsgruppen vorgehalten. Der psychiatrische Pflegeprozess sollte die Einschätzung der am Gesamtprozess beteiligten Professionen berücksichtigen. Der Versorgungsprozess ist somit professionsübergreifend zu gestalten und interprofessionell eng abgestimmt vorzuhalten, so dass die Unterstützungsleistungen koordiniert und kohärent angeboten werden können. Ebenso kann die Evaluation des Hilfehandelns nicht ausschließlich ‚berufsgruppensensitiv‘ Veränderungen beurteilen, sondern bedarf einer professionsübergreifenden Reflexion. Die Pflege muss sich aktiv in die interdisziplinären Aushandlungsprozesse einbringen und dafür sorgen, dass die sich aus der Profession Pflege ergebenden Erkenntnisse entsprechend berücksichtigt werden. „Es geht grundsätzlich darum, dass der Profession Pflege Gemäße und Spezifische in den jeweiligen Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationsplänen einzubringen und Geltung zu verschaffen“ (Klie & Witzmann, 2023).

In der psychiatrischen Versorgung nimmt die Unterstützung von Peers (selbst von psychiatrischen/psychosozialen Krisen betroffene Personen - Expert:innen aus eigener Erfahrung) eine zunehmende Rolle ein. Peers können oft überzeugender als ‚Expert:innen aufgrund Profession‘ Verständnis für die innerpsychischen Prozesse der Betroffenen zeigen, mit ihnen eine gemeinsame Sprache und einen Austausch über ihre Erfahrungen finden und Hoffnung und Impulse für Stabilisierung und Wege auch aus andauernden Krisen geben. Handlungsfelder der Peers überschneiden sich mit Handlungsfeldern der professionellen psychiatrischen Pflege.

Aus dem dargestellten Verständnis psychiatrischer Pflege zeigt sich, dass im Rahmen der Planung, Umsetzung und Evaluation der Vorbehaltsaufgaben der Pflege eine enge Abstimmung der am Prozess beteiligten Akteur:innen dringend erforderlich ist. Dies bedeutet, dass Pflegeprozessaufgaben nicht immer von anderen Hilfeprozessen abtrennbar, isoliert verfasst und beurteilt werden können. Aufgaben, die im Rahmen von Behandlungs- und Rehabilitationsleitlinien an Pflegefachpersonen verantwortlich übertragen werden, müssen im Pflegeprozess abbildbar und umsetzbar sein.

Es wird auch zu klären sein, wie die Peer-Arbeit mit dem Pflegeprozess abzustimmen ist. Peers können zum Assessment beitragen und sie bieten vielfältige Interventionen.

5.4 Besonderheiten des Versorgungsauftrags und der Versorgungssituation in der Psychiatrie

Psychiatrische Hilfebedarfe sind meist komplex und liegen in vielen Fällen längerfristig vor. Hilfeangebote werden nicht nur von verschiedenen Akteur:innen, sondern auch in unterschiedlichen Settings und Sektoren (bzw. Zuständigkeitsbereichen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher) erbracht. Das sehr zergliederte Versorgungssystem ist unübersichtlich und überfordert viele Nutzende (Bramesfeld, Koller & Salize, 2019). Notwendig sind koordinierende und steuernde Aktivitäten.

Die stationäre psychiatrische Versorgung hat in Deutschland einen Ordnungsauftrag, der im Rahmen von öffentlichen Unterbringungen (entsprechend PsychKHG der Bundesländer) im Falle des Vorliegens einer Selbst-/Fremdgefährdung sowohl für die Sicherheit der betroffenen Person als auch Dritter sorgen muss. Dies macht ggf.

Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen oder ohne die Zustimmung der zu behandelnden Person erforderlich, sog. Zwangsmaßnahmen. Für diese ethisch und fachlich hochbrisante und -anspruchsvollen Entscheidungen und Handlungen sind in der Regel der Ärztliche Dienst sowie der Pflegedienst zuständig.

Eine weitere psychiatrische Besonderheit ist die forensische Versorgung, in der Sicherheit und Therapie mit Krankheitsbehandlung und Deliktbearbeitung ineinander übergehen.

Hinsichtlich der Vorbehaltsaufgaben gilt, dass der Pflegeprozess im Einzelfall auch die Bereitstellung von Koordinations- und Steuerungsaufgaben im Sinne eines Fallmanagements (Casemanagement-Aufgaben) umfassen kann. Bezüglich möglicher Zwangsmaßnahmen sind vielfältige Pflegeaufgaben mit deren Prävention, Durchführung und Nachbereitung verbunden (Sauter, Needham, 2023). Hier müssen Pflegefachpersonen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben mitgestalten und mitentscheiden können. Damit geht einher, die Verantwortlichkeiten bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Zwangsmaßnahmen zu konkretisieren.

5.5 Anforderungen an die Vorbehaltsaufgaben in der psychiatrischen Pflege

Für die psychiatrische Pflege bedeutet die im § 4 PflBG beschriebene Vorbehaltsaufgabe, dass der spezifische Pflegebedarf auf Basis eines individuellen Prozesses des Verstehens mit der betroffenen Person ermittelt wird. Auf dieser Grundlage wird eine individuelle Beratung zur persönlichen Entwicklung und pflegerischen Unterstützung angeboten. Die Ergebnisse der Bedarfserhebung und der gemeinsamen Beratung sind Grundlage für die Pflegeplanung als zentralem Baustein des Pflegeprozesses (Abderhalden, Sauter & Needham, 2023; Schädle-Deiningner & Wegmüller, 2017; Tschinke, 2022). Auch die Planung des Pflegeprozesses kann, so die Auffassung der Autor:innen dieses Textes, nur von Pflegefachpersonen erfolgen, da mit der Planung sowohl die erforderlichen fachlichen Kompetenzen als auch die Ergebnisse der Bedarfserhebung im Rahmen des jeweils individuellen Pflegeberatungsprozesses mit der betroffenen Person einhergehen. Der Pflegeprozess hat sowohl den fachlich erhobenen Pflegebedarf, die aktuell beste

Evidenz als auch den Willen der zu behandelnden Personen zu berücksichtigen (vgl. Behrens und Langer, 2016). Unter Berücksichtigung der oben genannten Besonderheiten der psychiatrischen Pflege gilt es allgemein zu klären, wie seitens der Pflegefachpersonen ein auf die jeweilige Person angepasster Pflegeprozess gestaltet und unter Berücksichtigung:

- der individuell vorliegenden Bedarfe sowie
- der Wunsch- und Zielvorstellungen der Person,
- der Zusammenhänge der Einflussfaktoren und Folgen bezgl. psychischer Störungen, Genesungsprozesse und Resilienz,
- der pflegefach- und psychiatriefachspezifischen Kenntnisse (Pflegetheorien, -modelle, -konzepte, -assessments/-instrumente)
- wissenschaftlicher Erkenntnisse, also einem begründeten und nachvollziehbaren Pflegehandeln (EBN)

umgesetzt werden kann. Dies bedarf auch der Evaluation pflegerischen Handelns, um frühzeitig zum Wohle der zu pflegenden Person Wirkungen zu erkennen und bestmöglich bei Bedarf Anpassungen vornehmen zu können.

5.6 Weitere Anforderungen in spezifischen Settings

Hinsichtlich spezifischer Versorgungsaufgaben können weitere Anforderungen entstehen. Dies soll beispielhaft an zwei Teilbereichen aufgezeigt werden.

Zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP):

Die pHKP ist eine Leistung der sogenannten Behandlungspflege und darf nur von Pflegefachpersonen und gleichgestellten Berufsgruppen erbracht werden (§ 132 SGB V); dort gilt bereits, dass entsprechende Leistungen nicht an andere Berufsgruppen (Heilerziehungspfleger, Ergotherapeut:innen etc.) delegierbar sind. Für die Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses sind die psychiatrischen Pflegefachpersonen verantwortlich (Tschinke, 2022). Jedoch gilt, nach pHKP-Richtlinie, dass die Verordnung zur Inanspruchnahme von Leistungen durch Fachärzt:innen oder psychologische Psychotherapeut:innen aufgrund von

Diagnosestellung verbunden mit der GAF-Eingruppierung (GAF= Global Assessment of Functioning) erfolgen muss. Dies steht im Widerspruch zu den Vorbehaltsaufgaben, welche nur durch Pflegefachpersonen erbracht werden können. Auf Basis welcher pflegewissenschaftlich anerkannten Methoden, Konzepte und Assessments stellen fachärztliche oder psychotherapeutische Professionen den Pflegebedarf fest und verhandeln zusammen mit den Patient:innen die Pflegeplanung, welche Grundlage für eine entsprechende Verordnung ist? Unseres Erachtens bedarf es hier einer Anpassung der pHKP-Richtlinie (§ 92 SGB V), die die Verordnungsfähigkeit an akademische oder geeignete, erfahrene psychiatrische Pflegefachpersonen überträgt. Es bleibt davon unberührt, dass im Sinne einer o.g. gemeinsamen Behandlungs- und Pflegeplanung die medizinische und psychotherapeutische Behandlungsplanung und die Pflegeplanung zueinander und im Sinne eines verantwortlichen gemeinsamen Handelns zum Wohle der Patient:innen abgestimmt und umgesetzt werden müssen.

5.7 Der Pflege- und Erziehungsdienst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Grundsätzlich gilt, wie oben bereits erwähnt, dass die psychiatrische Pflege über ein hohes Maß an interprofessioneller Zusammenarbeit und das gemeinsame Handeln verschiedenster Professionen mit und an den Patient:innen gekennzeichnet ist. In der klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung teilen sich Pflegefachpersonen und Erzieher:innen bis dato viele Aufgaben im Rahmen des Pflege- und Erziehungsprozesses. Sie werden damit der Überlappung pflegerischer und pädagogischer Unterstützungsbedarfe gerecht. In der Vergangenheit wurden die Rollen- und Funktionsverständnisse der beiden Berufsgruppen nicht getrennt erarbeitet. Auch in der Erwachsenenpsychiatrie überlappen sich Aufgaben verschiedener Professionen im Versorgungsalltag.

Es besteht Handlungsbedarf, um zu konkretisieren, wie im multiprofessionellen Handeln entsprechend der Qualifikation und Kompetenzen der jeweiligen Professionen sowohl das fachliche und berufsspezifische der Pflege, als auch die Zuständigkeiten und jeweiligen Verantwortungsbereiche deutlich werden. Dies schafft Orientierung und sorgt für eine Gewährleistung kompetenzorientierter Versorgung, welche zur Verbesserung eines multiprofessionellen Handelns beitragen kann.

Im Zusammenwirken der jeweiligen Professionen, im Sinne einer gemeinsam zu verantwortenden Behandlungs- und Pflegeprozessgestaltung gilt es, bestehende Fallverantwortlichkeiten im klinisch psychiatrischen Setting zu klären und neu auszurichten. Hierzu müssen auch die Rahmenbedingungen festgelegt werden, welche für die Aufgaben der Fallkoordination und -steuerung zur Umsetzung des Behandlungs- und Pflegeprozesses erforderlich sind.

5.8 Handlungsbedarfe

Die Vorbehaltsaufgaben der Pflege werden, wenn diese von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich gestaltet, konkretisiert und verantwortlich in die Umsetzung gebracht werden sollen, Einfluss auf die bestehenden Prozesse und somit auf die bestehende Aufbau- und Ablauforganisation von Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Angebote haben. Diesen Aufgaben der Ausgestaltung und Umsetzung müssen sich die Pflegefachpersonen und das Pflegemanagement in Kooperation mit den an den Behandlungsprozessen verantwortlich beteiligten Personen aktiv widmen (Klie, Th. Witzmann M. 2023). Pflegefachpersonen sollten sich vor Augen halten, dass mit den Vorbehaltsaufgaben zunächst der durch keine andere Berufsgruppe zu ersetzender Beitrag der Pflegenden zur Gewährleistung des Gesundheits- und Patientenschutzes berufsrechtlich abgesichert werden soll. Hierin liegt die Legitimation des Eingriffes in die Berufsfreiheit aus Art 12 GG (Klie, Th; Witzmann, M 2023). Die Vorbehaltsaufgaben fördern eine Professionalisierung der Pflege, die vorrangig dem Ziel dient, die Pflegequalität und Pflegentwicklung zum Wohle der Patient:innen/ Klient:innen, deren Angehörigen und Bezugspersonen und der Gesellschaft zu stärken. Neben der politischen und juristischen Würdigung der Vorbehaltsaufgaben geht es primär um die pflegefachliche Würdigung. Diese Aufgabe sollte sich die Pflege in ihren Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Hochschulen mit pflegewissenschaftlichen Studiengängen aufgreifen.

5.9 Literatur

Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S., & Sauter, D. (2023). Auffassung von Pflege. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (4th ed., pp. 58–67). Bern: Hogrefe.

Abderhalden, C., Sauter, D., & Needham, I. (2023). Pflegeprozess. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (4th ed.). Bern: Hogrefe.

Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2020). *Das Gezeiten-Modell. 2. Überarb. U. erw. Edition.* Bern.

Bauer, R. (2002). Kongruente Beziehungspflege – Ein Modell zur Gestaltung professioneller Beziehung in der Pflege. In: *Psych. Pflege Heute* 8(1), S. 18–24.

Behrens, J.; Langer, G. (2016). *Evidence-based Nursing and Caring – Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“, Hogrefe*

Bramesfeld, A., Koller, M., & Salize, H. J. (2019). Zusammenfassung und Ausblick. In A. Bramesfeld, M. Koller, & H. J. Salize (Eds.), *Public mental health: Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen* (1st ed., pp. 263–275). Bern: Hogrefe.

Engel, G.L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, pp.129-137.

DBfK (2021). ICN-Ethikkodex; unter: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/ICN-Ethikkodex-fuer-professionell-Pflegende-aktualisiert.php>, abgerufen 16.04.2023

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(4), S. 11–19. Papers. <https://doi.org/10.1037/h0099565>.

DGPPN (2019). *Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie*; unter: www.dgppn.de, abgerufen 16.04.2023

Hahn, S. (2023). Pflegebeziehung und Interaktion. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (4th ed., pp. 334–382). Bern: Hogrefe.

Kistner, W. (1992). *Der Pflegeprozess in der Psychiatrie: Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege*. München.

Klie, Th., & Witzmann, M. (2023): *Psychiatrische Pflege zur Geltung bringen - Vorbehaltsaufgaben gemäß §4 Pflegeberufegesetz – Teil 1 -*, *Psychiatrische Pflege*, Hogrefe, Online, <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000526>

Kremer, G., & Schulz, M. (2013). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie* (2. Aufl). *Basiswissen: Vol. 23*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Peplau, H. E. (1995). *Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptioneller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel.

Richter, D., Schwarze, T., & Hahn, S. (2014). Was ist gute Psychiatrische Pflege? *Psych. Pflege Heute*, 20(03), 125–131. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1376273>

Schädle-Deininger, H., Wegmüller, D. (2017). *Psychiatrische Pflege: Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe Verlag.

Schädle-Deininger, H., Mayer, M. (2019). Definition und Grundlage psychiatrische Pflege. *Psychiatrische Pflegeverbände entwickeln ein gemeinsames Verständnis*. In: *Psychiatrische Pflege* 4(5), S. 36–38.

Tschinke, I. (2022). Pflegeprozess und Pflegediagnostik. In I. Tschinke, U. Finklenburg, B. Gähler, & T. Konhäuser (Eds.), *Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege* (1st ed., pp. 190–196). Bern: Hogrefe.

Wittchen, HU (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer, 2, Kap. 2, S. 21–23, 833 f.

Witzmann, M., Keller, K., Kraus, E. (2023). *ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen – Wissen und Kontroversen zu ICF mit Beispielen aus der Praxis -*, 2. Überarbeitete und ergänzte Auflage, Hogrefe AG

6. Perspektiven des Pflegemanagements

Bernhard Krautz, Bianca Jendrzrej

6.1 Einleitung

Im Abschnitt 2.4 wurde bereits auf die Implikationen des § 4 PflBG für die Arbeitsorganisation eingegangen. Mit der Einführung der Vorbehaltsaufgaben und in Verbindung mit § 57 PflBG hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die Arbeitgeber in der Verantwortung stehen, die Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben durch Pflegefachpersonen in der Praxis sicherzustellen. Die daraus resultierenden Folgen für die Führung und insbesondere die Verantwortlichkeiten und Perspektiven für das Pflegemanagement werden in diesem Beitrag vertieft in den Blick genommen.

6.2 Rechtlicher Rahmen

Für die Verantwortung des Arbeitgebers maßgeblich ist § 4 Abs. 3 PflBG:

„Wer als Arbeitgeber Personen ohne eine Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 oder Personen, deren Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1 ruht, in der Pflege beschäftigt, darf diesen Personen Aufgaben nach Absatz 2 weder übertragen noch die Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 durch diese Personen dulden.“

Mit dem ersten Satzteil wird zunächst mittelbar ausgedrückt, dass Arbeitgeber auch Personen in der Pflege beschäftigen können, die über keine Berufserlaubnis als Pflegefachperson verfügen. Da die Durchführung der geplanten Pflege in § 4 Abs. 2 PflBG explizit nicht unter Vorbehalt steht und auch weiterhin an Pflegeassistenzpersonen delegierbar bleibt – i.ü. auch delegationsfähige Aufgaben der sog. Behandlungspflege - ist dies schlüssig. Zudem wäre die Versorgung ohne Assistenzpersonal faktisch nicht zu leisten. Bedeutsam ist der zweite Satzteil, in dem bestimmt wird, dass der Arbeitgeber die Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben weder aktiv (durch Zuweisung) noch passiv (durch Duldung) an Nicht-Pflegefachpersonen übertragen darf. Bemerkenswert und für die Ableitung der Konsequenzen für das Pflegemanagement relevant ist zudem auch die Begründung dieser Regelung:

„Absatz 3 stellt klar, dass auch der Arbeitgeber einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns verpflichtet ist, die Einhaltung der durch die Vorbehaltstätigkeiten beschriebenen Grenzen sicherzustellen. Diese Regelung verfolgt ein zweifaches Ziel: Zum einen geht es auch hier um den Gesundheitsschutz der Pflegebedürftigen, zum anderen soll [sic!] Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst vor Überforderungen durch den Arbeitgeber geschützt werden.“ (Deutscher Bundestag (BT) Drucks. 18/7823, S. 66)

Hier wird unmittelbar die Verantwortung der Arbeitgeber für die Einhaltung der Vorbehaltsregelungen adressiert. Zudem werden die Arbeitgeber in die Verantwortung genommen, Arbeitnehmer:innen, die nicht Pflegefachpersonen sind, vor (fachlicher) Überforderung zu schützen.

Dieser gesetzlich bestimmte Verantwortungsbereich des Arbeitgebers ist in der unternehmensinternen Aufgabenverteilung im Kernbereich pflegerischer Führungsverantwortung zu berücksichtigen. Denn es geht um nicht weniger, als sicherzustellen, dass die charakteristischen Kernaufgaben beruflicher Pflege in der Praxis auch tatsächlich realisiert werden. Oder um es noch pointierter zu formulieren: Pflegemanagement muss auf allen Führungsebenen sicherstellen, dass Pflegefachlichkeit stattfinden kann – ohne fachfremde Einflüsse durch andere Berufsgruppen, hierarchische Vorgaben, finanzielle Interessen, Aufsichtsinstanzen usw.

Angesichts dieser Bedeutung der Vorbehaltspflichten für die fachliche Verantwortung des Pflegemanagements ist es umso erstaunlicher, dass die damit verbundenen Implikationen für die pflegerischen Führungsebenen innerhalb der Fachwelt bisher kaum thematisiert und diskutiert werden. Abgesehen von Publikationen und Vorträgen aus dem Kreise des in dieser Broschüre vertretenen Autor:innen-Kollektivs des TT VA hat es seit Veröffentlichung des Pflegeberufgesetzes kaum eine relevante und in der Breite wirksame Befassung im Pflegemanagement mit dem Thema gegeben. Es erscheint notwendig, im Folgenden den Ursachen dieser fehlenden Resonanz nachzugehen, um eventuelle Hemmnisse, die einer erfolgreichen Nutzung der Potenziale der Vorbehaltspflichten entgegenstehen, auszuräumen.

6.3 Rollenbild und Selbstverständnis des Pflegemanagements

In einer aktuellen Publikation des Bundesinstituts für berufliche Bildung (BIBB) zu Qualifizierungsanforderungen für Führungspersonen in der Pflege gehen die Autor:innen auch der Frage nach dem Rollenverständnis von Leitungspersonen nach (Bräutigam/ Evans/ Zimmermann 2023). Mit Rückgriff auf etwas ältere Arbeiten von Höhmann, Vogd und Ostermann skizzieren sie drei Typologien der Handlungsorientierung von Pflegedirektionen:

- **„Typ 1: Betriebswirtschaftliche Assimilierung“** (Bräutigam/ Evans/ Zimmermann 2023, S. 13) zeichnet sich durch eine übermäßige Identifikation mit den Interessen der Geschäftsführung und einer daraus folgenden Übernahme ökonomischer Effizienzlogiken als handlungsleitend aus. Dissonanzen zu pflegfachlichen Interessen werden ausgeblendet, mit der Folge, dass Gestaltungsspielräume nicht „im Sinne des pflegerischen Berufsethos“ (ebd.) wahrgenommen werden. Diese „Entfremdung vom pflegerischen Berufsethos und der Abkopplung vom Pflegeberuf zugunsten betriebswirtschaftlicher Effizienz“ (a.a.O., S. 14) wird damit erklärt, dass durch dieses Führungsverhalten in durchökonomisierten Einrichtungen die eigene Bedeutung und (subjektive) Handlungswirksamkeit erhalten und gefördert wird, „während eine Pflegeorientierung dies unwahrscheinlich mache“ (ebd.).
- **„Typ 2: Persönlicher Einsatz für die Pflege und Burnout“** (ebd.) ist hingegen durch eine stabile pflegerische Identifikation geprägt, die auch gegenüber ökonomischen Interessen vertreten wird, was zu kontinuierlichen Konflikten mit der Geschäftsführung führt. Diese Personen laufen Gefahr, sich an diesen massiven Divergenzen aufzureiben und zu resignieren.
- **„Typ 3: Management durch aktive Entkopplung“** (ebd.) stellt eine Synthese der beiden anderen Typen dar. Diese Personen schaffen es, die pflegerische mit der ökonomischen Perspektive zu verbinden und Handlungsspielräume konstruktiv in beiderseitigem Sinne zu nutzen.

Auch wenn diese Typologien aus der Befassung mit Pflegedirektionen von Krankenhäusern entstammen und es keine Erkenntnisse über Umfang und Ausmaß des Vorkommens in der Breite pflegerischer Führung gibt, wird diesseitig begründet

vermutet, dass Typ 1 wohl der vorherrschende ist. Jahrzehntelange persönliche Erfahrung der Autorin und des Autors dieses Beitrages im Kontakt mit einer großen Anzahl an Führungspersonen und nicht zuletzt auch aus aktueller Seminararbeit mit Leitungspersonen heraus, lassen darauf schließen, dass die meisten Qualifizierungsangebote für Leitungspositionen in der Pflege mit einer starken Gewichtung auf die ökonomischen Zusammenhänge versehen waren und immer noch sind. Zudem gibt es deutliche Symptome einer weiten Verbreitung dieses Rollenverständnisses. Wenn z.B. viele ambulante Pflegedienste sogenannte „Helfertouren“ planen, d.h. in einer Versorgungstour nur solche Klient:innen zusammenfasst, deren gebuchte bzw. verordnete Pflegeleistungen von einer Pflegeassistenzperson (ggf. nicht mal mit einer formalen Qualifikation ausgestattet) erbracht werden, ist dies unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen nachvollziehbar – und gleichzeitig ein Ausdruck des betriebswirtschaftlich assimilierten Führungstyps. Vielfach wird den verantwortlichen Pflegedienstleitungen sicher bewusst sein, dass diese Praxis fachliche Risiken birgt und der Komplexität pflegerischer Versorgung (s. Kapitel 3.2) kaum gerecht wird. Aber: diese fachliche Kompetenzdimension der eigenen Rolle ist nicht (mehr) handlungsleitend. Auch die in Kapitel 3.3.1 bereits thematisierte Tendenz von stationären Pflegeeinrichtungen, bei der Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens gem. § 113c SGB XI auf kleinteilige organisatorische Vorgaben zu setzen (vgl. Büscher et al. 2023b), zeigt, wie reflexhaft auf klassische Elemente des Prozess- und Qualitätsmanagements zurückgegriffen wird – ohne zu erkennen, dass damit die tiefere Intention des Bemessungssystems konterkariert wird und Synergieeffekte mit den Vorbehaltsaufgaben ungenutzt bleiben.

Die offensichtlich überall im Pflegemanagement vorzufindende „Unterhöhung des Pflegeethos zugunsten einer Managementrationalität“ (Bräutigam/ Evans/ Zimmermann 2023, S. 15) ist Resultat massiven ökonomischen Drucks, der weisungsgebundenen Stellung des Pflegemanagements im Unternehmen, fehlgeleiteter Führungsbildung, mangelnder Reflexion der eigenen Rolle, aber auch zu geringen berufsständischen Bewusstseins und mangelnder berufspolitischer Unterstützung (ebd.).

Damit ist eine gleichermaßen harte wie unbequeme Erkenntnis gewonnen: Die weitestgehend nicht erfolgte Befassung des Pflegemanagements mit den Vorbehaltsaufgaben beruht auf einem unterentwickelten bis fehlenden pflegewissenschaftlichen Verständnis für deren Bedeutung hinsichtlich der Sicherstellung von Fachlichkeit der Pflege.

Mit den weiteren Ausführungen soll daher skizziert werden, wie der Impuls und Auftrag der Vorbehaltsaufgaben zur Ausrichtung von Rollen- und Selbstverständnis des Pflegemanagements auf Ermöglichung und Sicherstellung von Fachpflege konstruktiv genutzt und realisiert werden kann.

6.4. Verantwortungsebenen und Handlungsfelder des Pflegemanagements

6.4.1 Handlungsebenen und Aufgabenfelder

Ausgehend von der hier entwickelten Prämisse, dass Pflegemanagement zuallererst den Fokus auf die Ermöglichung und Sicherstellung von Fachpflege richten sollte, lassen sich modellhaft drei Handlungsebenen beschreiben, die auf diese Zielsetzung ausgerichtet sind, sich gegenseitig bedingen, aber auch eine sachliche Hierarchie abbilden. Als Kernauftrag des Pflegemanagements wird hier die Wahrnehmung der pflegerischen Fachverantwortung gesehen, im Modell in Abbildung 3 als innerstes Element dargestellt. Darüber und dies umfassend liegt die Verantwortung für einen die Fachlichkeit ermöglichenden (betrieblichen und persönlichen) Handlungsrahmen. Diese Ebene wiederum wird umspannt von der Verantwortung für die unternehmerischen Strukturen, ebenfalls im Sinne einer befähigenden Funktion.

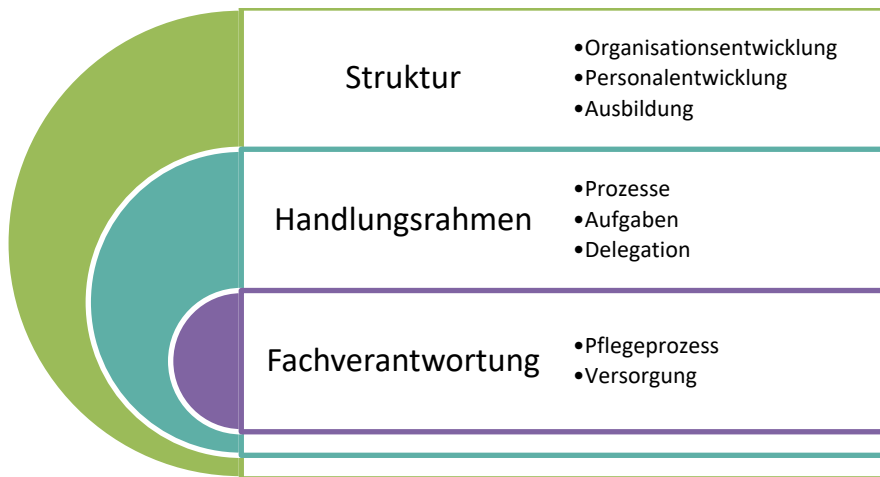


Abbildung 3 Handlungsebenen und Aufgabenfelder für Pflegemanagement (eigene Darstellung)

Im Zentrum des pflegerischen Führungsauftrages steht die Verantwortung, die Fachlichkeit der Pflege sicherzustellen. Auf dieses Primärziel müssen alle anderen Handlungsebenen und konkreten Aufgaben ausgerichtet sein. Im Modell in Abbildung 1 wird die Ebene der Fachverantwortung bewusst in die Aufgabenfelder „Pflegeprozess“ und „Versorgung“ unterschieden – wohlwissend, dass dies in der Pflegepraxis nicht trennbar ist – um die Konsequenzen für das Pflegemanagement differenziert beschreiben zu können. Berufs- und leistungsrechtlich steht die Sicherstellung des Pflegeprozesses als professionsspezifische Arbeitsmethode und zentrale Leistung pflegerischer Versorgung im Mittelpunkt der Führungsverantwortung. Der Pflegeprozess bildet den spezifischen Kern der Pflegefachlichkeit und determiniert maßgeblich die Qualität der Pflege. Die unter Vorbehalt stehenden Schritte des Pflegeprozesses (s. Abbildung 1) stellen dabei den komplexen, an die Pflegefachperson gebundenen, planerischen und/oder aushandelnden Anteil von Pflegearbeit dar (Büscher et al. 2023a). Das Pflegemanagement muss somit durch zielgerichtete Ausgestaltung des Handlungsrahmens und der betrieblichen Strukturen ermöglichen und sicherstellen, dass (nur) Pflegefachpersonen die Vorbehaltsaufgaben auch wahrnehmen können. Das ist der klare gesetzliche Auftrag aus § 4 Abs. 3 PflBG über den Arbeitgeber an das Pflegemanagement.

Der Pflegeprozess soll und muss aber eine die konkrete Versorgung, d.h. die unmittelbare „hands on“-Pflege, lenkende Wirkung haben. Hier besteht nun ein weiterer Bruch mit klassischen Organisationsmodellen und Führungsrollen. In vielen Einrichtungen wird häufig über eine Vielzahl kleinteiliger Vorgaben geregelt, wer mit welcher Qualifikation wie und wann welche pflegerischen Verrichtungen durchzuführen und wie zu dokumentieren hat. Auch dieses Agieren von Pflegemanagement ist erklärbar: Seit Jahrzehnten werden Führungskräfte der Pflege mit einer unübersehbaren Fülle realer und vermeintlicher rechtlicher Regelungen, Anforderungen vorgeblich qualitätsstiftender Zertifizierungen, Vorgaben von Aufsichts- und Prüfinstanzen und einer über allem schwebenden Haftungsangst konfrontiert. Diesen Herausforderungen wird mehrheitlich mit dem Handlungsrepertoire des betriebswirtschaftlich assimilierten Führungstyps begegnet, der sich in erster Linie als Organisationsprofi versteht. Die Vorbehaltsaufgaben allerdings fordern etwas anderes: Die Umsetzung von Verantwortungsrollen, auch und gerade für die Frage, wer mit welcher Qualifikation letztlich die geplante Pflege am und mit den Klient:innen realisiert. Denn genau dieser Aspekt ist Teil der vorbehaltlichen und autonom auszufüllenden Verantwortung für den Pflegeprozess in seiner Gesamtheit.

Die Konsequenzen für das Pflegemanagement auf allen Führungsebenen stellen einen Paradigmenwechsel dar. Es geht darum, Verantwortungs- und Handlungsspielräume zu öffnen – statt immer mehr kleinteilige und einengende Vorgaben zu machen.

Auf Ebene des Handlungsrahmens der pflegerischen Versorgung bedeutet dies die Ausgestaltung und Sicherstellung von Entscheidungsspielräumen in betrieblichen Prozessen, die Entwicklung dynamischer Aufgabenzuweisungen und die Umsetzung von flexiblen Delegationskonzepten.

Dies wiederum muss ermöglicht und getragen werden durch betriebliche Strukturen, die in den Bereichen der Personal- und Organisationsentwicklung die Befähigung von Menschen in den Vordergrund stellt. Pflegefachpersonen müssen durch Fort- und Weiterbildung befähigt und in der Praxis unterstützt und begleitet werden, die komplexen, dynamischen und häufig unvorhersehbaren Versorgungsanforderungen sowie „die nicht selten widersprüchlichen Wechselwirkungen zwischen Regel- und

Fallverstehen“ (Kapitel 1.5) durch Fachlichkeit und Verantwortungsübernahme zu lösen. Und nicht durch Rufe nach einem Pflegestandard.

Auf diese neuen Anforderungen muss auch die (praktische) Ausbildung ausgerichtet sein und dafür Kompetenzen zur Übernahme pflegerischer Verantwortung vermitteln. Gerade für Praxisanleitungen als wichtige Rollenvorbilder der beruflichen Sozialisation ist dies eine enorme fachliche wie persönliche Herausforderung. Denn sie sind gefordert, den Nachwuchs ganz anders auszubilden, als sie selbst ausgebildet wurden. Insofern muss auch die Gestaltung der (praktischen) Ausbildung in den Fokus des Pflegemanagements treten. Dazu gehören die Förderung und Unterstützung der Praxisanleitungen und nicht zuletzt die Sicherstellung lernförderlicher Arbeits- und Ausbildungsbedingungen.

6.4.2 „Dreiklang“ von Einflussfaktoren

Ziel professioneller pflegerischer Interventionen ist es, den bestmöglichen Outcome im Sinne des auf Pflege angewiesenen Menschen zu erzielen. Das alltägliche Pflegehandeln ist hoch dynamisch und komplex. Der kranke und pflegebedürftige Mensch übt ebenso wie die Pflegeperson im Zusammenspiel mit den gegebenen Rahmenbedingungen Einfluss auf die konkrete Pflegesituation aus. Er ist Mitgestalter der Pflege.

Der kranke und pflegebedürftige Mensch beeinflusst mit seinen Prägungen, Erfahrungen und Werten die Pflegesituation. Diese münden in situationsbezogene Wünsche, Ressourcen und Fähigkeiten, die sich jederzeit ändern können. Diagnosen und Prognosen spielen eine ebenso große Rolle wie beispielsweise verbundene Assoziationen, die die gerade involvierte Pflegeperson als Spiegel eines früheren Erlebnisses auslöst oder eine unmittelbare Wahrnehmung und Stimmung, die die Gestaltung der aktuellen Situation plötzlich unter völlig veränderten Vorzeichen erscheinen lässt.

Gleichermaßen werden die damit verbundenen Herausforderungen und Aufgaben von ebenso divers geprägten, mit unterschiedlichen Erfahrungen und Idealen ausgestatteten Pflege(fach)personen ausgeübt. Qualifikation, Kompetenz und

Persönlichkeit im generellen wie auch die Einflussfaktoren auf die konkrete Situation im speziellen, verlangen, dass als konstant oder stabil vorausgesetzte Situationen situationsflexibel angegangen werden.

Die dritte Klangfarbe im situativen Zusammenspiel sind die Rahmenbedingungen. Von Gesetzen bis Richt- und Leitlinien, von Trägerschwerpunkten bis Vorgaben, von ökonomischen bis kulturellen Setzungen beeinflussen sie das Erleben, ob die Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben gelingen kann. Auch die jeweilige Zusammensetzung des Personals in den Diensten sowie die Dichte von (ungeplant) auftretenden Störungen beeinflussen die Pflegepraxis und können dazu führen, dass das Konzept der Vorbehaltsaufgaben zugunsten klassischer Routinen aufgegeben wird.

Die Führungsaufgabe von Pflegemanagement spielt hier eine entscheidende Rolle. Es gilt, einzelne Situationen in der Beziehungsgestaltung zu reflektieren und entsprechende Maßnahmen hinsichtlich Fachverantwortung, Handlungsrahmen und Struktur abzuleiten. Pflegemanagement hat hier seinen Gestaltungsspielraum und seine Möglichkeiten der Einflussnahme. Pflegemanagement agiert im Spannungsfeld vieler Interessen und hat diese zu moderieren. Im Kern geht es darum, professionelle Entscheidungsspielräume zu eröffnen und zu sichern, die dazu dienen, die Gestaltung von Pflege im Sinne der Vorbehaltsaufgaben zu ermöglichen.

6.5 Praxisaspekte der Führungsarbeit

Um nun Vorbehaltsaufgaben und die damit einhergehenden Entwicklungsschritte in der Praxis zu verankern, bedarf es eines Pflegemanagements, das nicht nur die pflegerische mit der ökonomischen Perspektive zu verbinden versteht und Handlungsspielräume konstruktiv in beiderseitigem Sinne zu nutzen vermag. Es bedarf vielmehr Führungskräfte, die ihre Mitarbeiter:innen mit der Vorbehalts-„Idee“ - einem Virus gleich - anstecken. Die Steuerung des Pflegeprozesses ist keine neue Aufgabe für die Fachpflege. Ihre klare Benennung als berufsrechtlich verbindlicher Vorbehalt bietet Potential, die eigene berufliche Identität zu stärken, häufig lange vermisste Befugnisse zu erlangen und Anpassungen im eigenen Einflussbereich

vorzunehmen, die zu spürbaren Veränderungen führen, Motivation stärken und Gestaltungsspielräume eröffnen, die zum Gelingen von Pflegesituationen beitragen.

Es gilt Schritte einzuleiten, die nicht nur die entsprechenden Veränderungspotentiale identifizieren, sondern sie (schnell) auch spürbar und erlebbar zu machen.

Je nach Schwerpunkt und Setting können verschiedene Strategien gewählt werden, um die vor Ort nötigen Veränderungen herbeizuführen. Naheliegend ist es, als Ausgangspunkt die Betrachtung der Rolle der Pflegefachkraft zu nutzen und damit die Ausübung der Vorbehaltsaufgaben mit ihren Teilstücken in den Blick zu nehmen.

In der Darstellung des Grundverständnisses der Vorbehaltsaufgaben (siehe Abb. 1) zeigt sich, dass innerhalb der Teilstücke des Pflegeprozesses die Durchführung und die Dokumentation an Nicht-Fachkräfte abgegeben werden können, während alle anderen Bestandteile ausschließlich von Pflegefachpersonen durchzuführen sind. Anders dargestellt entsteht ein Rad verschiedener Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozessmodells, das sich immer und in jedem Teilstück mit dem Dreiklang der Einflussfaktoren auseinandersetzen muss.

Am Beispiel Erheben und Feststellen des individuellen Pflegebedarfs, vereinfacht formuliert der Sammlung von Informationen und deren Ordnung und Bewertung, lassen sich die Einflussfaktoren gut verdeutlichen. Informationen setzen sich aus drei Perspektiven zusammen:

- Vom pflegebedürftigen Menschen selbst, auch wenn die Kommunikation eingeschränkt ist, die pflegerische Einschätzung wird durch Angehörige oder Schnittstelleninformationen wie medizinische Informationen ergänzt. Je widersprüchlicher, schwerer zu erhalten oder vielschichtiger diese Informationen sind, desto komplexer gestaltet sich bereits dieser erste vermeintlich einfache Schritt, sie zu erheben und zu bewerten.
- Die Planung der Pflege, oder wiederum vereinfacht gesprochen die Überlegungen zur Gestaltung und Organisation des konkreten Vorgehens, unterliegt den gleichen Einflussfaktoren. Diese Aufgabe bedarf unterschiedlicher Kompetenzen.
- Im Alltag der Pflege und der Organisation des Pflegedienstes geht es um die Betrachtung der Durchführung von Pflege. Die Durchführung der Pflege ist

grundsätzlich delegationsfähig. Das bedeutet aber weder, dass sie von nun an nicht mehr von Pflegefachpersonen ausgeführt werden wird. Gerade im Zusammenspiel mit den Einflussfaktoren, die den Komplexitätsgrad der einzelnen Teilstücke begründen, kann sich die Erforderlichkeit des Tätigwerdens einer Pflegefachperson ergeben. Noch bedeutet die Delegationsfähigkeit von Pflegeaufgaben, dass davon Aufgaben der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie – sog. Behandlungspflege, also ärztlich delegierten Tätigkeiten ausgenommen wären. Auch sie sind grundsätzlich delegationsfähig. Ihre Durchführung generell an Pflegefachkräfte zu koppeln, entspricht nicht einem konsequent kompetenzorientierten Ansatz. Auch Pflegeassistentenkräfte können – nach entsprechender Unterweisung und Übung - Adressat von Delegation behandlungspflegerischer Aufgaben sein Sie gehören in jedem Fall nicht zu den Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG.

Die Rolle der Fachpflege wird in ihrer Steuerungskompetenz betont. Sie entscheidet, welche Kompetenzen zur Erfüllung der mit den Menschen getroffenen Vereinbarungen nötig sind, es gilt Fähigkeiten und Präferenzen, tagesaktuelle Gegebenheiten und Zielstellungen abzuwägen und auf dieser Grundlage die eigene Übernahme oder Delegationsfähigkeit zu entscheiden. Wenn dies aber nun die Aufgabe der Fachpflege ist, was bedeutet das für Pflegemanagement? Die eigene Rolle muss überdacht werden. Der Typ „betriebswirtschaftliche Assimilation“ wird die Entscheidung der Pflegefachperson Kolleg:innen anzuleiten, als praxisfernes Beispiel und gegebenenfalls zu zeitraubend erachten. Die Entscheidung, es selbst durchzuführen wäre aber als zu teuer zu bewerten und daher eine konsequente Zuordnung an Assistenzberufe zu befürworten. Dieser Typ würde sich schwertun, nötige Schulungen oder zeitliche Ressourcen für diese essentielle Arbeit zur Verfügung zu stellen.

Im Gegensatz dazu stünde der Typ „Persönlicher Einsatz für die Pflege und Burnout“. Er könnte sich gegebenenfalls in seiner bisher ausgeübten Rolle beschnitten fühlen, da er die Entscheidung, wer was zu tun hat, bisher in der Annahme, es am besten zu können oder alleine verantworten zu müssen, häufig selbst getroffen hat.

Durch die Strategie „Management durch aktive Entkopplung“ wird sowohl die Rolle der Fachkraft als auch die eigene Rolle, als auch die aller am Pflegeprozess beteiligten

Berufsgruppen überdacht. Potentiale liegen in gelebten Prozessen, in denen Mitarbeiter:innenpotentiale und ihre Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. Funktionspflege oder rein tätigkeitsorientierte Abläufe würden der Rolle nicht gerecht, da insbesondere die Komplexität der Pflegesituation über den Mitarbeiter:inneneinsatz entscheidet. Hier gilt es für das Pflegemanagement, alle bereits bestehenden Möglichkeiten zur Anwendung zu bringen, im Wissen, dass an der ein oder anderen Stelle konfligierende Vorgaben aus Verfahrensanweisungen, Ausführungsbestimmungen, Qualitätsrichtlinien oder Abrechnungsprozedere dem noch gegenüberstehen.

Um das zu erreichen, muss Pflegemanagement zunächst sich selbst mit diesem Thema beschäftigen, um in der Lage zu sein, Räume für die jeweiligen Berufsgruppen zu schaffen, damit Teams sich gemeinsam im Sinne einer kompetenzorientierten und Pflegeprozess orientierten Aufgabenverteilung entwickeln können. Die Erfahrung zeigt, dass klassische Schulungsprogramme nicht ausreichend sind, Verhaltensänderungen herbeizuführen. Sie sind geeignet, den Boden für das Verständnis zu bereiten, um danach die jeweiligen berührten Themen wie Rollenverständnisse, Ablauforganisationsveränderungen gemeinsam mit den Teams zu erarbeiten. Letztlich geht es bei der Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben um einen Organisations- und Personalentwicklungsprozess. Eine besondere Ressource sind an dieser Stelle die Praxisanleitenden, die an vieler Stelle häufig schon eine konkretere Vorstellung von Fachpflege entwickeln konnten. Sie sind ansonsten als eigene Gruppe unbedingt in den Blick zu nehmen und zu beteiligen, wenn es um die Umsetzung des Konzeptes der Vorbehaltsaufgaben geht. Sie sind ihrerseits wichtige Veränderungsagent:innen pflegerischer Praxis. Die Schüler:innen müssen das Konzept der Vorbehaltsaufgaben in der Praxis erleben und umsetzen können. Sonst werden die mit der generalistischen Ausbildung verfolgten Ziele nicht erreicht werden können. Es erfordert in jedem Falle ein gutes Selbstbild mit eigener professioneller Identität, damit Erleben und Erkennen nachhaltig zur Entwicklung der Professionalität der Fachpflege beitragen können. Und es braucht einen langen Atem: Befähigung und Begleitung bedürfen vieler kleiner Schritte, doch jeder bringt das Ziel näher. Mit den Vorbehaltsaufgaben ist ein Bildungs- und Selbstaufklärungsprozess der Pflege verbunden – eingebettet in die alltägliche Praxis.

6.6 Literatur

Deutscher Bundestag (BT) (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Drucksache 18/7823 vom 9.3.2016

Bräutigam, C.; Evans, M.; Zimmermann, H. (2023): Qualifizierungen von Führungspersonen in der Pflege – Analyse und Rahmenkonzept. Bonn 2023. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19203>

Büscher, A.; Jendrzej, B.; Krautz, B.; Weiß, T. (2023a): Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten. Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. In: Die Schwester/ Der Pfleger, Heft 4 2023, S. 18 - 24

Büscher, A.; Jendrzej, B.; Krautz, B.; Weiß, T. (2023b): Verantwortung übernehmen. Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. In: Die Schwester/ Der Pfleger, Heft 8 2023, S. 20 - 24

7. Vorbehaltsaufgaben und Pflegebildung

Roland Brüche

Pflegeberufliche Ausbildungen, Studiengänge und Weiterbildungen zielen darauf ab, Qualifikationen zur Berufsausübung zu erwerben. Dabei stehen pflegespezifische Kompetenzen im Vordergrund, die über die Bildungsgänge angebahnt, entwickelt und weiterentwickelt werden sollen. Welche Kompetenzen für die jeweiligen formalen Qualifikationen relevant sind, bedarf der Festlegung. Die Antwort auf diese Relevanzfrage bildet das Fundament für die normative und praktische Ausgestaltung von Bildungsangeboten im Pflegeberuf. Mit den im Pflegeberufegesetz ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachfrauen, Pflegefachmännern und Pflegefachpersonen wird erstmals eine gesetzliche Antwort formuliert, welche Kompetenzen dem Pflegeberuf eigen sind und somit auch zentraler Gegenstand der pflegerischen Ausbildung sein müssen.

In diesem Beitrag werden die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben deshalb aus der Perspektive der Pflegebildung betrachtet. Diese beinhaltet sowohl allgemeine pädagogische Facetten als auch solche der wissenschaftlichen Disziplin Pflegedidaktik. Die Struktur der Ausführungen folgt deshalb den Begriffen Erziehung, Bildung und Didaktik, die der Erziehungswissenschaftler Andreas Gruschka als „einheimische Begriffe der Pädagogik“ bezeichnet (Gruschka, 2015: 45).

7.1 Erziehung

Wenn Menschen den Pflegeberuf erlernen, werden sie einsozialisiert in ein spezifisches berufliches Selbstverständnis, das von einem bestimmten Wissen und Können, tradierten Verhaltensweisen und rahmengebenden Bedingungen geprägt ist. Zu dieser Einsozialisierung tragen insbesondere Menschen bei, die als Lehrende an Pflegeschulen oder als Praxisanleitende in den versorgenden Einrichtungen tätig sind. Dies kann als ein Akt der Erziehung verstanden werden, geht es bei erzieherischem Handeln doch um das Vermitteln einer kulturellen Basis, hier einer pflegeberuflichen (vgl. Heffels 2008). Die kulturelle Basis wird maßgeblich in Gesetzen und

Verordnungen deutlich. In ihnen bilden sich Kernelemente gesellschaftlicher Diskurse ab, die in der Bundesrepublik Deutschland über ein demokratisches Verfahren auf rechtlich relevante Aspekte zusammengeschmolzen werden. Das Pflegeberufegesetz und die entsprechende Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung kondensieren insofern pflegeberuflich-gesellschaftliche Diskurse, in denen die Aufgaben der Pflege, ihre Autonomie und Interdependenz mit anderen Berufen sowie ihre Gestalt als ein einheitlicher Beruf diskutiert wurden. Das nunmehr in eine gesetzliche Grundlage gegossene aktuelle berufliche Selbstverständnis drückt sich nicht nur in dem generalistischen Charakter der Pflegeausbildung und der Benennung von Ausbildungszielen aus. Vielmehr werden auch Aufgaben ausgewiesen, die diesem neu geordneten Pflegeberuf als autonom zu erbringende Leistungen zugestanden und zugemutet werden. Damit entspricht das Pflegeberufegesetz einer Forderung, die von Lehrenden in den Pflegeausbildungen – insbesondere in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege – seit den 1960er Jahren vorgetragen werden.

Bis zum Erscheinen der aktuellen gesetzlichen Grundlage für den Pflegeberuf hatten die verschiedenen Fassungen des Krankenpflegegesetzes (1965, 1985, 2003) und das bundeseinheitliche Altenpflegegesetz (2003) den Charakter von Berufszulassungsgesetzen. Geregelt wurde der Zugang zu den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege. Während im Krankenpflegegesetz von 1965 und in der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1966 keine Benennung von inhaltlichen Zielen der Ausbildung erfolgte, wiesen die späteren Gesetze und Verordnungen Ausbildungsziele aus. Diese Ausbildungsziele formulierten, worauf die Ausbildung in der (Gesundheits- und) Krankenpflege, (Gesundheits- und) Kinderkrankenpflege bzw. Altenpflege auszurichten sei. Damit lagen lediglich indirekte Vorgaben für das berufliche Handeln von Pflegenden vor. Und dementsprechend entfalteten diese Vorgaben ihre Wirkung ausschließlich auf die Bildungsgänge. Ein rechtlicher Rahmen für die Ausübung des Pflegeberufs ergab sich damit nicht direkt.

Die Auswirkungen zeigen sich recht prominent beim Thema der Einführung einer geplanten Pflege. Das Krankenpflegegesetz von 1985 formulierte erstmals als Ziel, dass die Ausbildung „insbesondere gerichtet sein [soll] auf (1) die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten“ (KrPflG 1985 §4 Abs. 1, Nr.

1). Damit ergab sich eine Grundlage für den Unterricht, die Pflegeplanung als Instrument einer professionell geplanten Pflege einzuführen und zum Gegenstand von Prüfungen zu machen. Pflegeplanung wurde in der Folge zum Bestandteil der Krankenhausdokumentation. Ihre konsequente Durchführung ließ allerdings auf sich warten, da es keine verbindlichen gesetzlichen Regelungen gab, dass Pflegende dies im Krankenhaus durchführen müssten. Der normative Rahmen ergab sich lediglich indirekt durch das Ausbildungsziel im Krankenpflegegesetz. Nichtsdestoweniger haben Lehrende der Krankenpflegesschulen im Verbund mit Akteur:innen der Berufspolitik vielfach auf die Notwendigkeit der Dokumentation einer geplanten Pflege hingewiesen, um politische Entscheidungen zu gesetzlichen Änderungen zu bewirken. Das Krankenpflegegesetz von 2003 lässt sich als Antwort auf diese Bemühungen lesen. Die geplante Pflege wird nunmehr in der Auflistung von Aufgaben benannt, die eigenverantwortlich durchzuführen seien: „a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege, (b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (KrPflG 2003 §3 Abs. 2, Nr. 1). Mit dem Pflegeberufgesetz von 2017 werden diese Aufgaben weiterhin in den Ausführungen zum Ausbildungsziel benannt, jetzt als „selbständig auszuführen“ (PflBG 2017, § 5, Abs. 3, Nr. 1). Neu hinzu kommt mit dem § 4 die Ausweisung von Aufgaben im Zusammenhang mit einer geplanten Pflege, die beruflich nur von Personen ausgeführt werden dürfen, die eine Berufserlaubnis nach diesem Gesetz erhalten haben. Damit wird erstmals die Ausweisung eines Ausbildungsziels ergänzt um eine Handlungsnorm zur Berufsausübung selbst. Pflegelehrende können nun endlich und müssen darauf hinwirken, dass die Informationssammlung, die Festlegung von Zielen und Maßnahmen und die Überprüfung der Pflegewirkung und -qualität ausschließliche Aufgabe von Pflegefachfrauen, Pflegefachmännern und Pflegefachpersonen ist.

Erziehung in der beruflichen Ausbildung verstanden als Aufforderung zur und Unterstützung bei der Aneignung berufskultureller Normen hat mit den gesetzlich ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben eine Legitimation erhalten, auf die Pflegelehrende lange Zeit hingewirkt haben.

7.2 Bildung

Mit dem zweiten einheimischen Begriff der Pädagogik soll in der pädagogischen Auseinandersetzung mit den Vorbehaltsaufgaben der Blick auf die lernenden Pflegenden selbst gelenkt werden. Im Unterschied zur Erziehung, die von einsozialisierendem Handeln erziehender Akteur:innen ausgeht, stellt Bildung das unverfügbare Pendant dar. Bildung kann nicht von außen produziert werden, Menschen können sich nur selbst bilden. Die in der Ausbildung zu erlernenden Normen werden in Prüfungen als beobachtbare und erkennbare Leistungen dargelegt. Beobachten lässt sich Bildung jedoch nicht. Bildungsprozesse und Bildungsergebnisse bleiben den Beobachtenden verschlossen, lediglich indirekt lassen sich über die Einschätzung von Handeln und Reden Schlussfolgerungen auf die vollzogene Bildung ziehen.

Der Bildungsbegriff ist im Zusammenhang mit den Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen deshalb von besonderer Bedeutung, weil sich diese nicht nur auf Handlungen und Leistungen von Pflegenden beziehen, die beobachtbar und dokumentierbar sind. Vielmehr geht es um ein Selbstverständnis von Pflegenden, dass diese Aufgaben zu den originären ihres Berufes gehören. Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege sind nicht nur Aufgabenbereiche von Pflegenden. Zu ihrer angemessenen Umsetzung bedarf es einer Haltung, eines Selbstverständnisses. Mit dem Wissenschaftstheoretiker Ludwik Fleck (Fleck, 2019b/1935) lässt sich feststellen, dass es sich hierbei um Inhalte eines Denkstils handelt, dem Denkstil eines pflegerischen Denkkollektivs (Brühe et al., 2004). In einem Denkkollektiv wird die Bereitschaft erzeugt, dem Denkstil entsprechende Gestalten wahrzunehmen, „es verschwindet dagegen parallel das Vermögen, nicht stilgemäße Phänomene wahrzunehmen“ (Fleck 2019a, 282), d.h. es wird ein gemeinsamer Denkstil mit einer gemeinsamen Wahrnehmung erzeugt. Das Individuum erfährt eine Zeit der Einführung in einen Denkstil, z.B. durch eine Ausbildung oder ein Studium. Seine Wahrnehmung und seine Einschätzung von Situationen werden auf diese Weise

mehr und mehr geprägt von dem Kollektiv, das den Denkstil ausgebildet hat. Der Denkstil beruht dabei auf einer oder mehrerer „Urideen“ oder „Urgedanken“ (Fleck, 2019a: 279), die zentrale Grundgestalten des Selbstverständnisses, des Denkstils bilden. Über die Zeit erfährt der Denkstil eine Entwicklung und somit auch die zentralen Annahmen, die als Wahrheit empfunden werden. Individuen denken und handeln zwar autonom, dies geschieht allerdings stets in den Grenzen der Denkkollektive, denen die Person angehört – und damit in den Grenzen ihrer Denkstile. Die im Denkkollektiv anerkannten Tatsachen sind auch nicht leicht zu verändern; sie stellen Grundfeste des Denkstils dar. Fleck spricht hier von einer Beharrungstendenz, die Denkkollektiven eigen ist. Neue Gedanken, die von außen in das Denkkollektiv eindringen, werden nicht selbstverständlich integriert, sondern an den anerkannten Wahrheiten der Denkgemeinschaft gemessen.

Bezogen auf den Pflegeberuf ist von einer Entwicklung des Denkstils auszugehen. Im Zuge der Akademisierung des Pflegeberufs kann angenommen werden, dass sich ein wissenschaftlich orientiertes Denkkollektiv Pflegenden entwickelt hat, das sich von einem beruflich orientierten Pflegedenkkollektiv emanzipiert (Brühe et al., 2004; Brühe, 2013). Mit dem gesetzlich formulierten Anspruch, dass die Ausführung der Vorbehaltsaufgaben ausschließlich den Berufsangehörigen gestattet ist, gehen zwei zentrale Aussagen einher. Einerseits wird damit ausgesagt, dass die Gestaltung des Pflegeprozesses mitsamt seiner Dokumentation zentrale Aufgabe des Pflegeberufs ist. Andererseits bedeutet dies, dass die Pflegenden eine berufliche Verpflichtung haben, diesen Aufgaben nachzukommen. Erfahrungsberichte rund um den Pflegeprozess und die Pflegeplanung zeigen allerdings auf, dass diese beiden Aussagen nicht zwingend von allen Berufsangehörigen geteilt werden (bspw. Pittz 1998; Baltes 2002; Deiters et al. 2010). Ein Aufeinandertreffen von Mitgliedern unterschiedlicher Pflegedenkkollektive im Arbeitsalltag der versorgenden Einrichtungen kann der Grund sein, dass in der pflegerischen Versorgungspraxis zum Aufgabenbereich Pflegeprozess und Pflegeplanung Dissens zu beobachten ist.

Für Bildungsgänge in der Pflegeaus- und -weiterbildung führt dies zu der schwierigen Situation, dass aus normativer Sicht die Vorbehaltsaufgaben zwar das Leitmotiv pflegerischen Handelns darstellen (Erziehung). Aus einer Sicht der Bildung haben Lehrende und Praxisanleitende als Akteur:innen der Aus- und Weiterbildung allerdings

keinen Zugriff auf die persönlichen Auseinandersetzungen der Lernenden, zumal sie nicht nur schulisch, sondern vielmehr und vor allem auch von den Erfahrungen mit den Pflegenden in der Versorgungspraxis geprägt sind.

Die Perspektive der Bildung macht deutlich, dass die gesetzliche Einführung von Vorbehaltsaufgaben und ihre Thematisierung in Bildungsgängen nicht automatisch zur Entwicklung eines Selbstverständnisses, das darin eine Tatsache pflegerischen Handelns erkennt, führt. Es bedarf vielmehr unterschiedlicher Möglichkeiten diskutierender und reflektierender Auseinandersetzung in den Bildungsgängen, damit das sich bildende Subjekt die mit den Vorbehaltsaufgaben adressierten Aspekte des Pflegeprozesses und der Pflegeplanung in die persönliche Entwicklung hinein in einen pflegerischen Denkstil integrieren kann.

7.3 Didaktik

Die Didaktik als dritter einheimischer Begriff der Pädagogik führt zur Frage, welche Bedeutung ein Gegenstand für den pflegeberuflichen Unterricht hat und inwieweit er Thema in Bildungsgängen sein soll. Die wissenschaftliche Disziplin der Pflegedidaktik versteht sich dabei als Beschreibungs-, Reflexions- und Orientierungsinstanz für die Pflegebildungspraxis (Ertl-Schmuck et al., 2024). Die Vorbehaltsaufgaben als Bildungsgegenstand berühren dabei Kernaspekte der Pflegedidaktik. Lernmöglichkeiten können daraus abgeleitet werden. Im Folgenden sollen die von Dütthorn (2013) beschriebenen Kernelemente der Pflegedidaktik genutzt werden, um diese Lernmöglichkeiten aufzuzeigen.

Pflegebildungsprozesse zur emanzipativen Persönlichkeitsbildung und Reflexion gesellschaftlich restriktiver Widersprüche

Die lernende Beschäftigung mit den Vorbehaltsaufgaben bedeutet für Auszubildende und Studierende die Auseinandersetzung mit den zentralen Elementen des Pflegeberufs, den sie gerade erlernen, sowie mit der gesellschaftlichen Bedeutung des Pflegeberufs an sich. Mit der Vorgabe, dass andere Personen die unter Vorbehalt stehenden Aufgaben nicht durchführen dürfen, stellt sich die Notwendigkeit eines Diskurses zum Verhältnis des Pflegeberufs zu den anderen Gesundheitsfachberufen.

Unterricht, der diesen Diskurs kritisch aufgreift, führt die Lernenden in die Widersprüchlichkeiten des pflegerischen Alltags. Dies drückt sich beispielsweise aus in der Bearbeitung des im institutionellen Kontext relevanten Widerspruchs von Tradition und Emanzipation oder des Widerspruchs von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung im Zusammenhang mit anderen Berufsgruppen (vgl. Greb, 2015). Die Frage danach, welchen Grad von Autonomie dem Pflegeberuf in der Gesellschaft zugestanden wird, ist hierbei gleichermaßen relevant, spiegeln die versorgenden Institutionen doch gesellschaftliche Verhältnisse wider.

Lernsubjekte als Ausgangspunkt pflegedidaktisch begründeter Kompetenzentwicklung
Den Lerngegenstand Vorbehaltsaufgaben werden Auszubildenden und Studierende vor dem Hintergrund ihres je eigenen Verständnisses von Welt und Pflege aufgreifen. Die mit den Vorbehaltsaufgaben verbundene Verantwortungsübernahme ist demnach nicht gleichförmig vermittelbar. Vielmehr sind die subjektiven Voraussetzungen ernst zu nehmen. Da die Vorbehaltsaufgaben eine Metaperspektive auf pflegerisches Handeln einnehmen, durchziehen sie alle Themengebiete der pflegerischen Ausbildung und sind somit bei allen zu erwerbenden Kompetenzen im Ausbildungsverlauf mitzudenken. Umso bedeutender erscheint die Orientierung an den subjektiven Einstellungen und Haltungen der Lernenden im Zusammenhang mit den Lerngegenständen der Ausbildung.

Hermeneutisches Fallverstehen als Zugang zu multiperspektivischen Deutungen pflegeberuflicher Situationen

Mit den Vorbehaltsaufgaben zeigt sich die alltägliche Widersprüchlichkeit pflegerischer Praxis. Einerseits werden Pflegephänomene identifiziert, denen mit pflegerischen Interventionen begegnet werden kann, andererseits können die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen dem entgegenstehen. Damit der Widerspruch als Antinomie identifiziert werden kann und nicht naiv zu einer Seite aufgelöst wird, stellen Reflexion und Analyse erlebter oder potentieller Pflegesituationen eine bedeutende unterrichtliche Arbeitsweise dar. Damit kann ein handlungsorientierter Zugang zur Gleichzeitigkeit eines Verstehens des individuellen Einzelfalls (hermeneutischer Zugang) und des Umgangs mit fachlich notwendigen

bzw. hilfreichen Interventionen (pflegefachlicher Zugang) erfolgen. Dies wird als didaktisches Prinzip der Situationsorientierung beschrieben.

Sensibilisierung für leibliches Spüren und Handeln als Lehr- und Lerngegenstand

Mit den Vorbehaltsaufgaben ist mehr verbunden als ein rational-analytisches Planungs- und Bewertungshandeln. Da sie alle Pflegesituationen und pflegerisches Handeln an sich durchziehen, weisen sie auch eine leibliche Dimension auf. Zuwendung zu den zu pflegenden Menschen und ihren Zu- und Angehörigen bedeutet immer auch das Spüren von Befinden und Atmosphäre. Intentional gewendet weist dies auf die notwendige Auseinandersetzung mit dem Erspüren von Atmosphären und dem in Worte kleiden von Gespürtem hin (vgl. Uzarewicz, 2013). Auch zeigt dies die Notwendigkeit auf, den Gegensatz von Checklisten und Spüren aufzulösen und im Handeln zu integrieren

7.4 Fazit

Mit der Festlegung von Vorbehaltsaufgaben im Pflegeberufegesetz hat der Gesetzgeber den Charakter der bisherigen Gesetze als Berufszulassungsnorm verändert hin zu einer Berufsausübungsnorm. Der bis dahin insbesondere im Kreis der Pflegelehrenden und der Pflegeausbildung hervorgehobenen und diskutierten Bedeutung der geplanten Pflege und damit des Pflegeprozesses wird eine stabile Legitimation verliehen. Insofern nehmen die gesetzlich definierten Vorbehaltsaufgaben für die Pflegebildung eine zentrale Position ein – sollen sie doch in Bildungsgängen zunächst einmal erlernt werden. Dort wird auch der Grundstein gelegt, um durch eine kritisch-reflexive Auseinandersetzung die Vorbehaltsaufgaben als Tatsache in das Denkkollektiv des Pflegeberufs zu integrieren. Eine reflexive Beschäftigung mit real erlebten oder potentiellen Pflegesituationen ermöglicht darüber hinaus, die Vorbehaltsaufgaben in den Widersprüchen des pflegeberuflichen Alltags zu identifizieren und berufliches Handeln daran auszurichten.

Die Denkfigur der einheimischen Begriffe der Pädagogik (Erziehung, Bildung, Didaktik) ermöglicht eine pflegedidaktisch akzentuierte theoretisch-konzeptuelle Auseinandersetzung mit den neu formulierten Vorbehaltsaufgaben von

Pflegeschwestern, Pflegefachmännern und Pflegefachpersonen. Diese Möglichkeit sollte in zukünftigen Forschungszugängen zu dieser den Pflegeberuf nachhaltig prägenden gesetzlichen Norm aufgegriffen werden.

7.5 Literatur

Baltes, B. (2002). Zur Einführung psychiatrischer Pflegeplanung - ein Erfahrungsbericht. *Psych. Pflege Heute* 8(5), 246–52. <https://doi.org/10.1055/s-2002-35196>.

Brühe, R. (2013). Berufseinmündung von Pflegelehrern. Eine empirische Untersuchung zur Situation und zum Erleben von Pflegelehrenden an Pflegebildungseinrichtungen in der Phase der Berufseinmündung [Philosophisch-Theologische Hochschule, Hochschulbibliothek]. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0295-opus-1376>

Brühe, R., Rottländer, R., & Theis, S. (2004). Denkstile in der Pflege. *Pflege*, 17(5), 306–311. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.17.5.306>

Deiters, M.; Garcia, E.; Lopez-Anaya, S. (2010). Der Pflegeprozess - Freud und Leid der Pflege. *PADUA* 5(5), 12–14.

Dütthorn, N. (2013). Herausforderungen beruflicher Didaktiken personenbezogener Dienstleistungsberufe: Vom Entwicklungsweg der jungen Disziplin Pflegedidaktik. *Haushalt in Bildung & Forschung*, 2(1), 25–39.

Ertl-Schmuck, R.; Hänel, J.; Fichtmüller, F. (Hrsg.) (2024). *Pflegedidaktik als Disziplin: eine systematische Einführung*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Beltz Juventa.

Fleck, L. (2019a). *Denkstile und Tatsachen: Gesammelte Schriften und Zeugnisse* (S. Werner & C. Zittel, Hrsg.; 3. Auflage). Suhrkamp.

Fleck, L. (2019b). *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (L. Schäfer & T. Schnelle, Hrsg.; 12. Auflage). Suhrkamp.

Greb, U. (2015). Identitätskritik und Lehrerbildung: Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege (2. Auflage). Mabuse -Verlag.

Gruschka, A. (2015). Wozu Negative Pädagogik? In K.-H. Dammer, T. Vogel, & H. Wehr (Hrsg.), Zur Aktualität der Kritischen Theorie für die Pädagogik (S. 37–51). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09569-7_3

Heffels, W. M. (2008). Lehren in der sozialen Arbeit. Klinkhardt.

Pittz, M. (1998). Pflegeplanung - auch das noch! *Klinische Pädiatrie* 210(04), 297–300. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1043895>.

Uzarewicz, C. (2013). Phänomenologisches Lehren und Lernen in der Pflege. In E. Linseisen & C. Uzarewicz (Hrsg.), Aktuelle Pflege Themen lehren (S. 97–116). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110509489-008>

8. Ausblick

Think Tank Vorbehaltsaufgaben – Vorstand DGP

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegeberufegesetz erstmalig den Pflegefachpersonen Vorbehaltsaufgaben eingeräumt und damit in die Ausübung und Berufsfreiheit anderer Gesundheitsberufe eingegriffen. Er begründet diese schwerwiegende und weitreichende Veränderung mit dem Anspruch auf die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Ohne eine eigenständige und eigenverantwortliche professionelle Pflege seien diese Ziele nicht zu erreichen. Ebenso sind Pflegequalität und der damit zusammenhängende Patient:innenschutz nur mit einer eigenverantwortlichen Pflege zu gewährleisten. Mit den seit 2020 geltenden Regelungen zum pflegerischen Vorbehaltsrecht hat der Gesetzgeber die Weichen neu gestellt und die Verantwortung für die pflegeprozessuale Steuerung und Versorgung klar und eindeutig den Pflegefachpersonen zugewiesen. Das heißt konkret, dass die Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung von Pflegeprozessen nun direkt mit der Qualifikation und Berufserlaubnis von Pflegefachpersonen verknüpft wird. Arbeitgeber, die gegen diese Regelung verstoßen, können gem. § 4 Abs. 3 PflBG sanktioniert werden. Nicht nur nach Auffassung der Mitglieder des Think Tank ist diese noch immer ziemlich neue berufsrechtliche Regelung für alle pflegerischen Handlungsfelder relevant und bindend. Daraus leiten sich auch ganz praktische Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit in verschiedenen Versorgungssettings ab und erfordern neue Aushandlungsprozesse in interprofessionellen Kontexten. Ebenfalls müssen Regelungsgrundlagen auf Organisationsebene sowie als generell wirkende Normen im Sinne von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien im Hinblick auf ihre hinreichende Berücksichtigung des pflegerischen Vorbehaltsrechts überprüft und ggf. weiterentwickelt werden. Die Vorbehaltsaufgaben haben eine Reihe von leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Implikationen. Dies gilt beispielsweise und insbesondere für die G-BA-Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, wie exemplarisch in dieser Publikation dargelegt wurde.

International handeln Pflegefachpersonen als Angehörige von Gesundheitsprofessionen bereits in hohem Maße eigenverantwortlich. Zur Umsetzung dieser erweiterten Kompetenzen und Versorgungsaufgaben ist beispielsweise in Großbritannien, Schweden oder in Kanada ein Hochschulabschluss für Pflegefachpersonen die Regel. Dies ist derzeit, wie zuletzt der Wissenschaftsrat beklagt hat, in Deutschland in der direkten Versorgungssituation für die Pflegeberufe noch eher die Ausnahme.⁴¹

Unabhängig von den Vorbehaltsaufgaben wird, gerade auch vor dem Hintergrund ermutigender Erfahrungen aus dem Ausland, schon seit mehr als zehn Jahren über die Erweiterung heilkundlicher Aufgaben durch die Pflegefachpersonen diskutiert. Mit der entsprechenden G-BA-Richtlinie liegt für partielle Aspekte eine Regelung vor⁴². Über das hinaus, was die Pflegeberufe heute bereits an Heilkunde ausüben, konnten indes noch keine weiteren Fortschritte zur erweiterten Heilkundenausübung erzielt werden, die Hürden zur formalen Umsetzung waren und sind einfach zu hoch. Mit dem Mitte 2023 vom Bundestag und Bundesrat verabschiedeten Pflegestudiumstärkungsgesetz sowie den kurz vor Weihnachten 2023 von Bundesgesundheitsminister Lauterbach vorgelegten Eckpunkten zu einem Pflegekompetenzgesetz⁴³ eröffnet der Gesetzgeber weitere Schritte hin zu mehr und erweiterter Verantwortungsübernahme durch die professionelle Pflege. Diese Weichenstellungen finden unter den Fachverbänden und Expert:innen sehr große Zustimmung.

Das Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz greift den Reformstau im Hinblick auf die Pflegeberufe auf und wirft einen kritischen Blick auf bislang ungenutzte Ressourcen und Potenziale der Pflegeprofession in der gesundheitlichen Versorgung.

⁴¹ Wissenschaftsrat (2023) Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe https://www.wissenschaftsrat.de/DE/Aufgabenfelder/Wissenschafts_und_Hochschulsystem/Medizin_und_Gesundheitssystem/Gesundheitsberufe/gesundheitsberufe_node.html / Zugriff 10.02.2024

⁴²G-BA-Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/> und <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/3-quartal/pflegeausbildung-ausbildungsmodule/> / Zugriff 10.02.2024

⁴³ Eckpunktepapier zu einem Pflegekompetenzgesetz https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf / Zugriff 10.02.2024

Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung in der Zukunft ist demnach ein Fortschreiten auf dem Weg der Professionalisierung der Pflege unumgänglich.

Einzelmaßnahmen wurden vor- und zur Diskussion gestellt, u.a. Kompetenzerweiterungen in der häuslichen Krankenpflege inklusive der Verordnung von Leistungen, Hilfs- und Heilmitteln, die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen sowie die Aufhebung der erfolglosen Modellprogramme nach §§ 63c und 64d SGB V zur erweiterten Heilkundenausübung. Stattdessen sollen entsprechend im Kontext von § 14 PflBG qualifizierte Pflegefachpersonen erweiterte Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung übernehmen.

Diese Maßnahmvorschläge bieten durchaus große Chancen für eine dringend gebotene Weiterentwicklung der Pflegeberufe hierzulande, sie sind aber längst noch nicht in ein Gesetz gegossen⁴⁴.

Aus Sicht der Patient:innensicherheit ist es erforderlich, die Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben ebenso wie die Implementierung der erweiterten Kompetenzen zu Heilkundlichen Aufgaben strukturiert zu begleiten und zu evaluieren. Die entsprechenden Konzepte müssen auf ihre Wirksamkeit für die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen sowie die interprofessionelle Kooperation überprüft werden.

Auch strukturpolitische und finanzielle Aspekte zu notwendigen und erheblichen Anstrengungen von Bund und Ländern zur zukünftigen hochschulischen Qualifikation der Pflegeberufe sind noch zu wenig beleuchtet. Im Modellvorhaben 360 Grad Qualifikationsmix der Robert Bosch Stiftung haben die Autor:innen Berechnungen angestellt, um bis zum Jahr 2045 in allen Versorgungsbereichen und -sektoren in Deutschland (Stationen in Krankenhäusern, Wohnbereiche von Altenheimen, ambulante Dienste, Gesundheitszentren etc.) regelhaft hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal in der direkten Patient:innenversorgung einsetzen zu können. Dazu wäre es notwendig, ab 2027 sukzessive 30.000 Studienplätze für angehende Pflegefachpersonen (Bachelor) und nochmals 10.000 Studienplätze für

⁴⁴ Beitrag Thomas Klie in Care Konkret 2024

Masterstudierende einzurichten und kontinuierlich vorzuhalten.⁴⁵ Ähnliche Forderungen hatte bereits zuvor die Stiftungsallianz bestehend aus Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung und Stiftung Münch gefordert.⁴⁶

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und die Mitglieder des Think Tank erkennen vor dem Hintergrund der gesetzlichen Weichenstellung zum Vorbehaltsrecht sowie in den weiteren vorliegenden Gesetzesinitiativen des Gesetzgebers (z.B. das Pflegekompetenzgesetz) den notwendigen und unumkehrbar eingeschlagenen Weg zur weiteren Professionalisierung der Pflegeberufe hierzulande. Zu diesem Weg gehören auch Regelungen zu erweiterten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in der Heilkundeausübung und weitere Einzelregelungen sowie die damit zusammenhängenden beruflichen und hochschulischen Qualifikationsangebote. Die Herausforderungen der näheren Zukunft liegen in der weiteren politischen Wegbereitung und der Implementierung der erforderlichen strukturellen Rahmenbedingungen der (hochschulischen) Pflegeausbildung und den entsprechenden Arbeitsbedingungen und Versorgungskontexten. Die Herausgeber:innen und Autor:innen dieser Publikation werden sich auch weiterhin aktiv an Beiträgen zu diesen Wegen beteiligen.

⁴⁵ <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/die-erweiterte-pflegerische-versorgungspraxis>

⁴⁶ Stiftungsallianz (2020): Pflege kann mehr! Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen. In: Pflege&Gesellschaft 25. Jg. 2020 H.1, S. 78 - 85

9. Autor: innen

Büscher, Andreas, Prof. Dr. Dr. h.c., Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück, Mitglied der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Mitglied des Think Tanks

Brühe, Roland, Prof. Dr. rer. cur., Professor für Pflegepädagogik, Prodekan Fachbereich Gesundheitswesen, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln, Fachbereich Gesundheitswesen

Eberl, Inge, Prof. Dr. rer. medic., Pflegewissenschaftlerin. Professur für Pflegewissenschaft an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft am LMU Klinikum München. Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Jendrzey Bianca, BScN, KWA Kuratorium Wohnen im Alter gAG, Leitung der Abteilung Begleitung und Pflege tätig. Schwerpunkte der Arbeit sind die Entwicklung der Fachpflege, Werteorientierung sowie der Praxistransfer theoretischer und gesetzlicher Grundlagen. langjährige Erfahrung als Altenpflegerin, Pflegedienstleitung und Dozentin im Gesundheitswesen. Mitglied des Think Tanks

Klie, Thomas, Prof. Dr. habil, bis 2021 Professor an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Leiter des Instituts agp Sozialforschung und des Zentrums für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Rechtsanwalt und Justitiar der VdPB München. Mitglied des Think Tanks

Krautz, Bernhard, M.A. (Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen), Dipl.-Pfl.Manag. (FH), Krankenpfleger, tätig in der Stabsstelle Professionsentwicklung Pflege der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB), langjährige Berufserfahrung im Pflegemanagement in Stabfunktion, als Pflegedienstleiter und Pflegedirektor.

Igl, Gerhard, Prof. emer. Dr. Jurist und ehemaliger Hochschullehrer an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Sauter, Dorothea, M. Sc, RN, Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, arbeitet als Leiterin Pflegeentwicklung in der LWL-Klinik Münster. Langjährig berufserfahren als Krankenschwester, Pflegedienstleiterin, Projektbeauftragte, wissenschaftliche Mitarbeiterin und freiberufliche Referentin

Sirsch, Erika, Prof. Dr. (rer. medic), MScN. RN, Professur für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Interprofessionalität. Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Medizin, Institut für Didaktik in der Medizin. Vorstandsmitglied der Leitlinienkommission der DGP. Fachkrankenschwester für Geriatrische Rehabilitation. Mitglied des Think Tanks

Tschinke Ingo, PHD Public Health (Cand.), Master of Science Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Master of Nursing, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, ist fachliche Leitung des psychiatrischen Fachpflegedienstes Caspar & Dase, Hannover und ist seit 35 Jahren im stationären und ambulanten psychiatrischen Setting tätig.

Witzmann Markus, Prof. Dr. (phil.) M.A., M.S.M., M.A., Studiengangleiter des Masters Mental Health (MMH), Mitglied der Ethikkommission der Hochschule München, Krankenpfleger mit langjähriger Berufserfahrung in verschiedensten Versorgungssettings der klinischen und außerklinischen psychiatrischen Pflege

Weidner, Frank, Prof. Dr. (phil.), Professor für Pflegewissenschaft an der Universität Koblenz und kommissarischer Leiter des dortigen Instituts für Pflegewissenschaft. Direktor und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) in Köln sowie geschäftsführender Gesellschafter der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP) in Köln, Gesundheits- und Krankenpfleger. Mitglied des Think Tanks

Weiß, Thomas, Prof. Dr. Fachanwalt für Arbeitsrecht, Von 2015 bis 2018 war er Vorsitzender der Schiedsstelle in Schleswig-Holstein für die Pflegeversicherung und von 2018 bis 2021 Justiziar der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Mitglied des Think Tanks