Vorbehaltsaufgaben in der Pflege – Alt Bekanntes, Herausforderung oder Chance?

Text: Prof. Dr. Erika Sirsch

Mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes (Deutscher Bundestag, 2017) wurden erstmalig Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen gesetzlich definiert. Darin sind die Steuerung des Pflegeprozesses, die pflegerische Anamnese und die Evaluation der Qualität der Pflege ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehalten. Damit kommt dem Pflegeprozess, der seit mehr als einem halben Jahrhundert beschrieben und in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verankert ist, nun auch eine gesetzlich relevante Bedeutung zu. Im § 4 Pflegeberufegesetz wird dazu ausgeführt:

> "Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c".

DER PFLEGEPROZESS ALS GRUNDLAGE DER VORBEHALTSAUFGABEN – ALT BEKANNTES?

Dass die Steuerung des Pflegeprozesses vorbehaltlich im Verantwortungsbereich der ausgebildeten Pflegefachpersonen liegt, klingt zunächst wie eine Selbstverständlichkeit. Denn der Pflegeprozess ist weder neu noch unbekannt. Bereits vor 70 Jahren haben Pflegewissenschaftlerinnen ihn als dynamischen und aufeinander aufbauenden Prozess formuliert. Es sind in der Tat fast ausschließlich Frauen, die sich diesem Thema konzeptionell widmeten. Lydia Hall formulierte ihn bereits 1950 auf Basis eines Problemlösungsprozesses, es folgten Ida Jean Orlando (1961) und Helen Yura und Mary B. Walsh (1967) (Yura & Walsh, 1979; Marriner-Tomey, 1992).
Im deutschsprachigen Raum sind Autorinnen wie Sr. Liliane Juchli (1973) und Fiechter & Meier bereits seit 1981 Vorreiterinnen für die Implementierung des Pflegeprozesses gewesen. Daher sind Pflegefachpersonen bereits seit rund 50 Jahren mit dem Pflegeprozess vertraut und genauso lange wird darüber diskutiert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt den Pflegeprozess seit 1974 anhand von vier Schritten:

- Assessment
- Planning
- Intervention
- Evaluation

In Deutschland und insbesondere in der Altenhilfe hat sich u. a. durch Veröffentlichungen von Monika Krohwinkel, dieses vierstufige Pflegeprozessmodell etabliert. Diese Einteilung wird allerdings nicht von allen Autor:innen geteilt, so propagiert u. a. die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association International) ein fünfstufiges Modell, bei dem zwischen den Stufen Assessment und Planung eine weitere Stufe erforderlich ist. Die Stellung einer Pflegediagnose wird hier als erforderlicher eigener Schritt gesehen (Brost, 2007). Fichter und Meier erweiterten den Pflegeprozess sogar auf sechs Stufen (Fiechter & Meier, 1993):

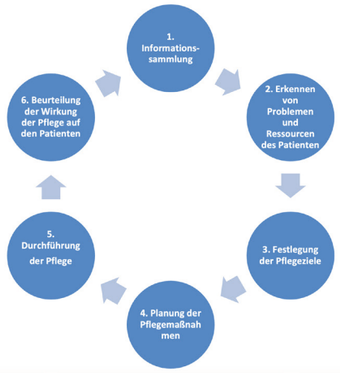

Abbildung 1: Sechststufiger Pflegeprozess (Fiechter & Meier, 1993, S. 30)

Das Erkennen von Ressourcen und Problemen sowie das explizite Festlegen von Zielen erweiterten hier den Prozess. Spätestens seit den Neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts erfassen daher Generationen von Pflegefachpersonen eine Pflegeanamnese und schätzen im Anschluss daran die Ressourcen und Probleme von Menschen mit Pflegebedarf ein, gelegentlich auch als definierte Pflegediagnose. Der Pflegeprozess ist damit seit Jahrzehnten bekannt, aber nicht immer beliebt. Fälschlicherweise wurde und wird er häufig nur mit der Dokumentation von Tätigkeiten gleichgesetzt, der Aufwand beklagt und seine Abschaffung gefordert.

Dabei ist die Ableitung von Maßnahmen bei einem vorliegenden Problem immer an eine Analyse der vorliegenden Situation gebunden. Hier sei ein vielleicht ungewöhnlicher Vergleich erlaubt. Eine Analyse bei einem vorliegenden Problem gilt für pflegerische Maßnahmen gleichermaßen wie für eine Autoreparatur. Nur wenn klar ist, wo das Problem, die Störung – und auch die Ressourcen liegen, können passende Maßnahmen abgeleitet werden. Bei einem Auto wird nicht gleich die Kupplung ausgetauscht, wenn die Bremsscheiben defekt sind. Die ausgebildeten Spezialist:innen in der Reparaturwerkstatt stellen daher eine Diagnose für die Störung des Fahrzeuges und richten die Reparatur daran und den Ressourcen der Autofahrer:innen aus. Diese Selbstverständlichkeit sollte im gleichen Maße auch für pflegerische Prozesse gelten, wenn auch ein Mensch mit Pflegebedarf kein Auto ist.

Ob nun vier, fünf oder sechs Stufen, der Pflegeprozess ist ein Problemlösungsprozess, der die einzelnen Schritte des Vorgehens miteinander in Beziehung setzt. Wie der damit verbundene Dokumentationsaufwand zu bewerten ist, ist eine ganz andere Frage und braucht eine Diskussion an anderer Stelle. Fest steht, dass die im Gesetzestext (§ 4 Pflegeberufegesetz) getroffenen Festlegungen zu Vorbehaltsaufgaben grundsätzlich auf dem Pflegeprozess basieren und damit dessen Bedeutung hervorheben.

Es fällt allerdings auf, dass im Gesetzestext der Schritt der Pflegeplanung nicht explizit benannt ist. Es ist nicht ganz klar, ob die Pflegeplanung schlicht vergessen wurde oder ob es sich um eine Regelungslücke handelt. In der Fachöffentlichkeit herrscht die einhellige Meinung, dass ohne eine Planung eine Durchführung und Evaluation der Pflege nicht möglich ist (Weidner, 2021; Büscher et al., 2023).

Die Vorbehaltlichen Aufgaben, wie sie im Gesetz beschrieben sind, lassen auch die Durchführung der Pflege aus. Anders als bei dem Fehlen der Pflegeplanung, kann hier davon ausgegangen werden, dass diese Auslassung gewollt ist. Die Durchführung einzelner pflegerischer Aufgaben kann damit auch delegiert werden. Grundsätzlich bleibt aber die Verantwortung für die Feststellung des Pflegebedarfes, die Steuerung sowie die Sicherung der geleisteten Pflege und die Überprüfung der Pflegequalität bei den Pflegefachpersonen.

DAS ZIEL VON PFLEGE

Wenn auch Konzepte von Pflege unterschiedlich sein können, die Orientierung am Prozess liegt allem zugrunde. Virginia Henderson beschrieb Pflege als die Unterstützung zur größtmöglichen Wiederherstellung oder dem Erhalt der Selbstständigkeit von Menschen mit Pflegebedarf (Henderson, 1997). Kranke oder gesunde Menschen werden bei der Verrichtung von Aktivitäten unterstützt, die für ihre Gesundheit, deren Wiederherstellung oder auch einem friedlichen Sterben förderlich sind, die sie selber ausüben würden, wenn sie dazu die erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügen würde. Das unterscheidet pflegerische Aufgaben häufig von rein kurativen Ansätzen, bei denen es eher um die Behandlung von Erkrankungen oder singulären Beeinträchtigungen handelt.

Mit dem Pflegeprozess sind komplexe Aufgaben verbunden, die auf der Basis empirisch gesicherter evidenzbasierter Erkenntnisse erbracht werden sollen. Der Wissenschaftsrat (2012: S. 8) empfiehlt dazu: "(…), dass die mit besonders komplexen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch prüfen und das eigene Handeln entsprechend anpassen können (…)." Vor diesem Hintergrund erscheint es schlüssig, dass die damit verbundenen Aufgaben Pflegefachpersonen mit einer fach- oder hochschulischen Ausbildung vorbehalten sind.

VORBEHALTLICHE AUFGABEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Definierte vorbehaltliche Aufgaben einer Profession sind allerdings kein pflegerisches Privileg. Ein kurzer Blick in die Aufgaben der ärztlichen Kolleg:innen zeigt, dass auch dort Vorbehaltsaufgaben definiert sind. Allerdings beziehen sich diese auf das ärztliche Standes- und das Leistungsrecht, so postuliert die Bundesärztekammer: "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 krankenversicherungsrechtliche Arzt-Vorbehalt. Die vertretende wissenschaftliche Seite sieht die Kernkompetenz der Ärzteschaft bei den Aufgaben in den Bereichen von Diagnostik und Therapie.
Die Bundesärztekammer formuliert diesen Ärztevorbehalt in sogenannten Kernaufgaben aus:

"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"

Pflegefachpersonen können im interprofessionellen Vorgehen ebenso wie andere Angehörige der Gesundheitsberufe weitere Informationen oder Befunde dazu beitragen oder die ärztliche Behandlung unterstützen.

Die "Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs" ist allerdings nunmehr per Gesetz Pflegefachpersonen vorbehalten. Dazu hat der Gesetzgeber formuliert, dass eine Übernahme von vorbehaltlichen Aufgaben durch Personen, die nicht die erforderliche Erlaubnis dazu haben bzw. keinen Berufsabschluss als Pflegefachperson aufweisen, durch den oder die Arbeitgeber nicht geduldet werden darf und mit Strafen belegt ist (§ 4 Abs. 3 PflBG).

VORBEHALTLICHEN AUFGABEN - HERAUSFORDERUNG

Das Pflegeberufegesetz mit den definierten Vorbehaltsaufgaben sollte Klärung für Pflegefachpersonen bringen, allerdings ist zu beobachten, dass dadurch auch Unsicherheiten entstanden. Dazu kommen Herausforderungen für Pflegefachpersonen, die durch aktuelle Rahmenbedingungen die pflegerischen Aufgaben nachhaltig beeinflussen. Als da sind: Demographische Veränderungen durch stetig älter werdende Menschen mit Pflegebedarf, bzw. eine größer werdende Gruppe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die steigende Komplexität der Gesundheitsversorgung durch veränderte Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung, die weitere Ausdifferenzierung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs und die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. Auch die Nachwirkungen durch die Anforderungen der Covid-19 Pandemie sind immer noch spürbar.
Auf einmal scheint nicht mehr klar zu sein, was pflegerische Aufgaben sind und welche Person was tun darf. Der Wunsch nach einer >Liste<, die eindeutig vorgibt, was von wem und wann zu tun ist, entsteht, verbunden mit der Vorstellung, dass eindeutig zu definieren ist, was pflegerische Aufgabe ist und was nicht.

Zunächst einmal muss festgehalten werden, dass vorbehaltliche Aufgaben kein Tätigkeitskatalog sind. Bei der Pflege und der Steuerung des Prozesses müssen die Bedarfe und Bedürfnisse der Personen mit Pflegebedarf aller Altersstufen und ihrer An- und Zugehörigen berücksichtigt werden. Daher ist es bei der Fülle der pflegerischen Aufgaben, der unterschiedlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen und der großen Diversität der Versorgungskontexte nicht möglich, eine wie immer geartete allgemeingültige >Listung< von Tätigkeiten vorzunehmen.

Im Pflegeberufegesetz sind schon die Begriffe nicht einheitlich ausgeführt, einerseits werden im Abschnitt 2 Vorbehaltene Tätigkeiten in der Überschrift benannt. Im weiteren Verlauf dieses Abschnitts werden dann wieder Vorbehaltliche Aufgaben beschrieben. Die Bundesärztekammer und die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz bringen einen dritten Begriff ein: Kernaufgaben.

BEISPIEL SCHMERZEINSCHÄTZUNG

Eine praxisnahe Differenzierung der Begriffe Tätigkeit und Aufgaben am Beispiel der Schmerzeinschätzung kann möglicherweise die Bedeutung der Vorbehaltlichen Aufgaben veranschaulichen.

Im nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege ist beschrieben, dass Pflegefachkräfte

> "(...) Kompetenz zur systematischen Schmerzeinschätzung, einschließlich der Differenzierung zwischen akutem und chronischen Schmerzen" benötigen und die jeweilige Einrichtung sicherstellt "(...), dass 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).

Im Curriculum zur speziellen Schmerzpflege werden dazu die Anforderung an die fachlichen und personalen Kompetenz der Pflegefachpersonen formuliert. Für Pflegefachpersonen auf der DQR Ebene 4 mit fachschulischer Ausbildung werden die Anforderungen an die Fertigkeiten wie folgt ausgeführt (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".

Professionelle pflegerische Schmerzeinschätzung wird in sehr unterschiedlichen Versorgungkontexten geleistet und dadurch geprägt. Es macht einen Unterschied ob eine Schmerzeinschätzung bei auskunftsfähigen Personen in einer akutchirurgischen Abteilung nach einem Unfall zu einer Initialbehandlung führt oder im häuslichen Kontext mit Unterstützung der Angehörigen oder bei an Demenz erkrankten Menschen in einer stationären Altenpflegeeinrichtungen erfolgt. Oder ob sie im Rahmen eines bereits etablierten Schmerzmanagements im Rahmen einer Palliativversorgung, bei chronischem Schmerz oder auf der Intensivstation bei stabiler Situation bewertet wird.
Einzelne Maßnahmen oder Tätigkeiten bei der Schmerzerfassung können sein: die Erfassung von Vital- oder Schmerzzeichen, die Erfassung einer Selbsteinschätzung mittels einer analogen Skala oder der Verhaltensdimensionen z. B. Mimik oder Körperspannung.
Diese Tätigkeiten können u. U. auch delegiert werden, die Bewertung dieser einzelnen Tätigkeiten muss aber stets gebündelt und durch eine ausgebildete Pflegefachperson als vorbehaltliche Aufgabe bewertet werden. Im Anschluss daran kann diese Einschätzung dann wiederum Teil der interprofessionellen Diagnostik und Behandlungsplanung sein.

Die Schmerzeinschätzung beinhaltet die Verantwortung für den gesamten Prozess, der über die reine Tätigkeit hinausgeht, er ist abstrakter. Es muss bspw. eine Entscheidung über die Interpretation eines erfolgten Schmerzscreening erfolgen. Die zuständige Pflegefachperson trifft immer eine Entscheidung, unabhängig davon, ob oder was sie dokumentiert. Sie stellt einen Zustand fest – ggf. eine explizite Pflegediagnose –, bspw. ob Schmerz überhaupt vorliegt, welches Schmerzerfassungsinstrument bei einem Assessment geeignet ist oder ob die Schmerzsituation stabil oder instabil ist – schlicht was zu tun ist. Diese Entscheidung hat zur Folge, ob weitere Schritte bspw. eine Initialbehandlung erfolgen muss, oder ob die Bewertung der Schmerzerfassung unter Einbeziehung der Person mit Schmerz und des interprofessionellen Teams zu einer veränderten Zielsetzung des Schmerzmanagements führt oder eben keine Tätigkeit oder Maßnahme erforderlich ist.

Tätigkeiten können eher einer einzelnen Maßnahme zugeordnet werden, während Aufgaben eine abstraktere Betrachtung und prozesshafte Bewertung erfordern. Bei einer Aufteilung in einzelne Tätigkeiten droht die Gefahr der Rückkehr des tayloristischen Systems, der Funktionspflege. Eine Trennung von komplexen Aufgaben und eher singulären, einfacheren Tätigkeiten, je nach Kompetenzgrad der handelnden Pflegepersonen, könnte zu einer erneuten Zersplitterung der Pflege führen. Sogenannte Runden (z. B. zur Erfassung von Vitalzeichen oder zur Mobilisation), die von unterschiedlich ausgebildeten Pflegenden durchgeführt werden, gehen stets mit der erhöhten Anforderung und Aufwand einher, die singulären Informationen in einen Gesamtprozess rückzubinden. Gelingt dies nicht und bleiben damit singuläre Informationen möglicherweise ohne Einbindung in den Behandlungs- oder Versorgungskontext können Schäden für den Menschen mit Pflegebedarf und ein erhöhter Versorgungsaufwand entstehen.

VORBEHALTLICHEN AUFGABEN - CHANCEN

Die gesetzlichen Regelungen zu Vorbehaltlichen Aufgaben machen sehr deutlich, dass professionelle Pflege einen ureigenen Aufgaben- und Verantwortungsbereich hat. Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen verantworten die Analyse, die Evaluation, die Sicherung und die Entwicklung der Qualität der Pflege. Die jeweilige Ausdifferenzierung dieser Aufgaben muss wie in jedem Prozess an den Bedarfen und den Ressourcen der betroffenen Menschen sowie den Kontextbedingungen erfolgen.

Diese Aufgaben müssen verantwortlich durch Pflegefachpersonen ausgefüllt werden und das muss in den jeweiligen Arbeitskontexten auch möglich sein. Die Kolleg:innen aus der Medizin zeigen, wie Vorbehaltliche Aufgaben für Ärzt:innen aus berufsständischen Perspektiven heraus bereits definiert werden, Pflegefachpersonen scheinen dazu gesetzliche Vorgaben zu benötigen. Diese Verantwortung für Vorbehaltliche Aufgaben sollte von Pflegefachpersonen genutzt werden, um die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf prozesshaft zu verbessern. Andererseits kann sich die Profession dadurch weiter entwickeln, dazu sollten Vorbehaltliche Aufgaben sich mittel- bis langfristig auch im Leistungsrecht niederschlagen.

Allerdings sind noch nicht alle Aspekte und Ausführungen im Pflegeberufegesetz in Bezug auf die Vorbehaltlichen Aufgaben ausreichend geklärt, wie das Fehlen der Pflegeplanung im Gesetz zeigt. Einen Beitrag zu dieser Klärung trägt der "Think Tank Vorbehaltsaufgaben" bei. Dabei handelt es sich um einen interdisziplinären Arbeitskreis, der sich seit 2021 regelmäßig trifft und zur Bedeutung und Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben in der Pflege aus pflegewissenschaftlichen, pflegefachlichen und juristischen Perspektiven arbeitet (https://www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de/think-tank (letzter Zugriff 30.4.2023)

WEITERFÜHRENDE LITERATURHINWEISE

Brost, R. A. (2007). Der Pflegeprozess in der Praxis (G. Jürgen Ed. ed. Vol. 2.). Bern: Verlag Hans Huber
Büscher, A., Jendrzej, B., Krautz, B., & Weiß, T. (2023). Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten Die Schwester / Der Pfleger, 62(4), 19-24.
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflegefortbildung & Schmerz. (2021). Curriculum zum pflegerischen Schmerzmanagement. Retrieved from https://www.schmerzgesellschaft.de
Deutscher Bundestag. (2017). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz-PflBRefG). Retrieved from https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1614269350443
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/
Fiechter, V., & Meier, M. (1993). Pflegeplanung (9. ed. Vol. 9). Basel: Recom Verlag
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.
Marriner-Tomey, A. (1992). Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk (Vol. 1.). Basel Schweiz RECOM Friedrich Reinhardt AG.
Weidner, F. (2021). Vorbehaltsaufgaben in der Praxis - Vorbehaltsaufgaben in der Praxis,. Die Schwester Der Pfleger, 60(12), 20-25.
Yura, H., & Walsh, M. B. (1979). Human Needs and the Nursing Process: Bk 1. New York: Appleton-Century-Crofts

@E.S. (privat)

Prof. Dr. Erika Sirsch, MScN, RN
Professur für Pflegewissenschaft
Universität Duisburg-Essen