



**VAPIK**  
Vorbehaltsaufgaben der  
Pflege im Krankenhaus

# Abschlussbericht



## Abschlussbericht

### **Ausführung**

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

Telefon: 0221/ 46861-30

Internet: [www.dip.de](http://www.dip.de)

E-Mail: [dip@dip.de](mailto:dip@dip.de)

### **Projektleitung und -umsetzung**

Prof. Dr. Frank Weidner (Projektleitung)

Nelly Harder (wissenschaftliche Mitarbeit)

### **Autorinnen und Autoren**

Frank Weidner, Nelly Harder, Christina Schubert

### **Empfohlene Zitation**

Weidner, F.; Harder, N.; Schubert, C. (2024): VAPiK - Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus - Abschlussbericht. Köln. URL (folgt)

Köln Februar 2024

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Vorwort des Katholischen Krankenhausverband Deutschland e.V. ....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Grundlagen und Ausgangssituation .....</b>	<b>10</b>
4.1	Verständnis und Entwicklung der Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG .....	10
4.1.1	<i>Inhalte und Ziele der Vorbehaltsaufgaben .....</i>	<i>10</i>
4.1.2	<i>Pflegeprozessmodell als Kern der Vorbehaltsaufgaben .....</i>	<i>11</i>
4.1.3	<i>Erwerb von Kompetenzen zur Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben.....</i>	<i>13</i>
4.1.4	<i>Vorangegangene Debatte zur gesetzlichen Verankerung von Vorbehaltsaufgaben .....</i>	<i>14</i>
4.2	Juristische und fachliche Implikationen des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben.....	16
4.2.1	<i>Zugrundeliegendes Verständnis der professionellen Pflege.....</i>	<i>16</i>
4.2.2	<i>Fokus auf „Aufgaben“ anstatt auf „Tätigkeiten“ .....</i>	<i>19</i>
4.2.3	<i>„Planung der Pflege“ gehört zu den Vorbehaltsaufgaben .....</i>	<i>19</i>
4.2.4	<i>Vorbehaltsaufgaben und Berufsabschlüsse.....</i>	<i>21</i>
4.2.5	<i>Auswirkungen auf das Arbeits-, Leistungserbringungs- und Haftungsrecht ....</i>	<i>22</i>
<b>5</b>	<b>Die VAPIK-Studie .....</b>	<b>25</b>
5.1	Theoretischer Hintergrund.....	25
5.2	Struktureller Rahmen und methodische Herangehensweise .....	27
5.3	(Informationsveranstaltung und) Teilnehmende Projekteinrichtungen .....	29
5.4	Workshops.....	30
5.5	Begleitende Öffentlichkeitsarbeit zu VAPIK .....	32
<b>6</b>	<b>Ergebnisse der VAPIK-Studie.....</b>	<b>34</b>
6.1	Fallauswertungen .....	34
6.1.1	<i>Übersicht.....</i>	<i>34</i>
6.1.2	<i>Drei Wirkungsfelder.....</i>	<i>37</i>
6.2	Regelungsgrundlagen .....	39
6.2.1	<i>Allgemeine Regelungsgrundlagen .....</i>	<i>40</i>
6.2.2	<i>Klinikinterne Regelungsgrundlagen.....</i>	<i>42</i>
6.3	Weitere Erkenntnisse .....	43
6.4	Entwicklungsprozesse in den Einrichtungen .....	46
<b>7</b>	<b>Entwurf des Handlungsrahmens .....</b>	<b>48</b>
7.1	Grundlegungen.....	48

7.2	Drei Wirkungsfelder der Vorbehaltsaufgaben .....	50
7.2.1	<i>Intraprofessionelle Zusammenarbeit: Durchführung und Verantwortung .....</i>	<i>50</i>
7.2.2	<i>Interprofessionelle Zusammenarbeit: Expertise und Aushandlungsprozesse ..</i>	<i>51</i>
7.2.3	<i>Institutions- oder sektorenübergreifende Zusammenarbeit: Kooperation .....</i>	<i>51</i>
<b>8</b>	<b>Empfehlungen .....</b>	<b>53</b>
<b>9</b>	<b>Literatur- und Quellenverzeichnis .....</b>	<b>56</b>
<b>10</b>	<b>Anlage.....</b>	<b>60</b>
	<b>Beschreibungen der Fälle</b>	

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Das Pflegeprozessmodell im Kontext vorbehaltender Aufgaben gem. den Formulierungen im § 4 PflBG (TT VA und DGP 2024).....	13
Abbildung 2:	Das Pflegeprozessmodell im Kontext der vorbehaltenen Aufgaben gemäß §4 im Lichte pflegewissenschaftlicher und pflegerechtlicher Begründungszusammenhänge (TT VA und DGP 2024).....	20
Abbildung 3:	Kriterien des professionellen Handelns nach dem handlungsorientierten Ansatz nach Ulrich Oevermann (Weidner 2011, 2019 b).....	26
Abbildung 4:	Screenshot der Projektwebseite <a href="https://www.vapik.de">https://www.vapik.de</a> .....	33
Abbildung 5:	Drei Wirkungsfelder der Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus im Kontext der Fallauswertungen.....	39
Abbildung 6:	Zusammenhänge im Handlungsrahmen für die Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus.....	49

### Gender Disclaimer

In diesem Bericht wird vorwiegend eine genderneutrale Schreibweise verwendet. Dort, wo dies nicht möglich ist, wird die weibliche und männliche Form genannt. Hiermit sind ausdrücklich alle Genderidentitäten gemeint, auch wenn diese sich außerhalb der binären Geschlechterordnung verstehen.

## 1 Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung unterliegt tiefgreifenden Veränderungen, was auch die Krankenhäuser vor Herausforderungen stellt. Denn auch die Anforderungen an die Pflege sind immer komplexer, sodass die Notwendigkeit, innovative Lösungen zu entwickeln, wächst. In diesem Kontext erweist sich die Tradition der Pflege in katholischen Krankenhäusern als ein wertvolles Erbe, das nicht nur gestärkt, sondern immer weiterentwickelt werden muss, um die Gesundheitsversorgung für die Menschen zu gestalten.

Wir sind stolz auf eine lange Tradition der Fürsorge und des Engagements für das Wohl des Menschen. Diese Tradition hat tiefe Wurzeln in der christlichen Ethik, die den Dienst an den Nächsten leitet. Sie spiegelt sich allerdings auch in einem fortwährenden Streben nach Verbesserungen der Versorgung wider. Wir haben Pflege erfunden – und wir entwickeln Pflege.

Die katholischen Krankenhäuser verfügen über eine historisch gewachsene Haltung, um Innovationen voranzutreiben und Best Practices zu schaffen. Wir greifen auf langjährige Erfahrungen zurück und sind gleichzeitig offen für neue Ideen und Ansätze. Durch eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberufsverbänden, Forschungseinrichtungen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen tragen wir dazu bei, den Pflegealltag zu erleichtern und die Pflegeversorgung zu immer weiter zu verbessern. Es ist unsere feste Überzeugung, dass die katholischen Krankenhäuser eine entscheidende Rolle dabei spielen werden, die Zukunft der Pflege zu gestalten.

Die vorliegende Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP) markiert einen bedeutenden Meilenstein in Bezug auf die Vorbehaltsaufgaben der Pflege, wie sie im Pflegeberufegesetz festgelegt worden sind. Erstmals folgen aus den im Gesetz definierten Aufgaben konkrete Handlungsempfehlungen. Dies ermöglicht nicht nur eine geleitete Kompetenzentwicklung von Pflegefachpersonen, sondern setzt auch inspirierende Ansätze für die praktische Umsetzung im Krankenhausalltag. Indem die Studie die Vorbehaltsaufgaben der Pflege in einen passenden Kontext einbettet, erweitert sie den allgemeinen Kenntnisstand zum pflegerischen Vorbehaltsrecht. Die Studie liefert praxisorientierte Empfehlungen auf individueller, organisationaler und politischer Ebene. Somit trägt sie zur Stärkung der Pflegeprofession bei und fördert eine Versorgung der Patientinnen und Patienten von höchster Qualität. Wir sind hoffnungsvoll, dass die Studie dazu beiträgt, die Zukunft der Pflege auf eine Weise zu gestalten, dass wir menschliche Fürsorge und pflegerische Fachlichkeit verknüpft sehen.

Pflege ist Veränderung. Sie zu gestalten, ist unser Anspruch.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin  
Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V.

## 2 Zusammenfassung

Die Einführung des Pflegeberufegesetz (PflBG) zum 1. Januar 2020 repräsentiert einen bedeutenden Meilenstein im Berufsrecht der Pflegeberufe in Deutschland. Neben der Grundlegung einer bundeseinheitlichen generalistischen Pflegeausbildung, der Reform der Finanzierung der Pflegeausbildung sowie der Ermöglichung einer hochschulischen Pflegeausbildung legt § 4 PflBG erstmals spezifische Aufgabenbereiche fest, die ausschließlich von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 durchgeführt werden dürfen. Zu diesen Vorbehaltsaufgaben gehören nach § 4 Abs. 2 PflBG die

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

Nach einschlägiger juristischer und fachlicher Auffassung muss auch die Planung der Pflege nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 a) PflBG zu den Vorbehaltsaufgaben gezählt werden, auch wenn sie bislang noch nicht im § 4 aufgeführt wird. Die Durchführung und die Dokumentation der Pflege gehören allerdings nicht zu den Vorbehaltsaufgaben. Zudem sieht der § 4 Abs. 3 PflBG in Verbindung mit § 57 PflBG vor, dass Arbeitgeber, die Vorbehaltsaufgaben an nicht adäquat qualifiziertes Personal übertragen, sanktioniert werden können.

Bei den Festlegungen im § 4 PflBG handelt es sich um absolute Vorbehaltsregelungen, d.h. allen anderen Berufsgruppen inklusive der Ärzteschaft ist es fortan untersagt, die genannten Aufgaben zu übernehmen. Ebenso gilt, dass diese berufsrechtlichen Regelungen im PflBG im gesamten relevanten Sozialleistungsrecht Wirksamkeit entfalten, d.h. auch im Leistungsbringungsrecht nach SGB V und SGB XI müssen die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben Anwendung finden! Die Pflege durch Angehörige bleibt davon allerdings unberührt, da die Vorbehaltsaufgaben nur im Rahmen der beruflichen Ausübung gelten.

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2016 im Entwurf zum Pflegeberufereformgesetzes die Begründung für diesen drastischen Eingriff in das Berufsrecht der Pflege- und Gesundheitsfachberufe einschließlich der Ärzteschaft mitgeliefert. Es geht ihm dabei in erster Linie um den Patientenschutz und die Sicherung der Pflegequalität und in zweiter Linie um eine Aufwertung der Pflegeberufe. Dies soll dadurch geschehen, dass die „charakteristischen Kernaufgaben der beruflichen Pflege“ nunmehr nur noch durch zielgerichtet ausgebildetes Personal mit den erforderlichen Kompetenzen wahrgenommen werden dürfen.

Im Mittelpunkt der Vorbehaltsaufgaben steht der Pflegeprozess als „professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode der systematischen Strukturierung und Gestaltung des Pflegearrangements“ (vgl. 2016, BT, Drucksache 18/7823, S. 65). Der Gesetzgeber setzt mit dem Pflegeprozessmodell zugleich auf eine arbeitsmethodische Annäherung an andere Heilberufe, die ähnliche Verfahrensmodelle aus Anamnese, Diagnose, Therapie und Evaluation verwenden.

Zugleich erfährt die Methode des Pflegeprozesses durch die Vorbehaltsregelungen des PflBG eine Neu- und Höherbewertung.

Trotz der rechtlichen Verankerung der Vorbehaltsaufgaben durch das PflBG bereits seit 2020 sind diese in der Praxis, etwa vier Jahre nach Inkrafttreten, nach allgemeiner Einschätzung bislang kaum etabliert. Dieser Umstand, begleitet von Unklarheiten und Unsicherheiten zum Vorbehaltsrecht innerhalb der Berufsgruppe und der Einrichtungen, bildet den Ausgangspunkt für die vorliegende explorative Studie zu den „Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus“ (VAPiK-Studie) durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP-Institut). Das heißt, mittels der Studie sollen erste Erfahrungen, aber auch Probleme in der Umsetzung des Vorbehaltsrechts gesammelt und aufgearbeitet werden.

Die VAPiK-Studie wurde durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschland e. V. (Die Katholischen Krankenhäuser) gefördert und von Anfang 2023 bis Anfang 2024 durchgeführt. Die Studie hat das Ziel, Grundlagen, Anwendungen und Konsequenzen der Vorbehaltsaufgaben im Krankenhausalltag explorativ zu beleuchten und einen Handlungsrahmen und weitere Empfehlungen abzuleiten.

Grundlage der Studie waren virtuelle Workshops, die von April bis September 2023 mit rund 25 erfahrenen und verantwortlichen Pflegefachpersonen aus acht Mitgliedseinrichtungen der Katholischen Krankenhäuser in Deutschland durchgeführt wurden. Nach Klärung von fachlichen und juristischen Zusammenhängen des pflegerischen Vorbehaltsrechts wurden von den Teilnehmenden zum einen praktische Fälle aus dem Pflegealltag gesammelt und vorgestellt und auf ihren Gehalt im Hinblick auf pflegerische Vorbehalte und die Konsequenzen für die Zusammenarbeit im Krankenhaus untersucht.

Zum anderen wurden relevante allgemeine wie auch einrichtungsinterne Regelungsgrundlagen wie Gesetze, Richtlinien, Leitlinien, Expertenstandards, Prozess- und Stellenbeschreibungen im Hinblick auf ihren förderlichen oder hinderlichen Charakter zur Umsetzung des Vorbehaltsrechts analysiert. Leitfragen waren hier beispielsweise, ob das pflegerische Vorbehaltsrecht indirekt oder direkt bereits in den Regelungsgrundlagen Beachtung findet und z.B. die Steuerungsverantwortung für die relevanten Pflegeprozesse durch Pflegefachpersonen jeweils klar benannt und beschrieben werden. Darüber hinaus wurden in den Workshops Diskussionsbeiträge, Fragen, Irritationen, Erkenntnisse und Vorschläge für die Auswertung der VAPiK-Studie dokumentiert.

So konnten insgesamt dreizehn komplexere Fallsituationen aus dem Klinik- und Pflegealltag zusammengetragen werden und im Hinblick auf Fragen zu pflegeprozessualen Kontexten und das Vorbehaltsrecht untersucht werden. Themen sind hier beispielsweise das Legen eines Dauerkatheters, grundsätzliche Entscheidungskompetenzen, Durchführung von Prophylaxen bei Chemotherapie, Beratungsaspekte zu aktivierender Pflege, Delirmanagement, Essensverteilungen, Soorbehandlungen oder auch das Entlassungsmanagement u. a. m. Diese Fälle konnten im Hinblick auf die beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie bezogen auf die Kooperationen in drei sogenannten Wirkungsfeldern des Vorbehaltsrechts eingeordnet werden:

- intraprofessionelles Wirkungsfeld, d.h. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit in der Berufsgruppe, zwischen Pflegefachpersonen, Assistenzpersonal oder auch Auszubildenden
- interprofessionelles Wirkungsfeld, d.h. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe und hier insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten
- interinstitutionelles/sectorenübergreifendes Wirkungsfeld, d.h. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit Institutionen und Akteurinnen wie Akteure außerhalb des Krankenhauses etwa bei Aufnahme von Patientinnen und Patienten bzw. bei ihrer Entlassung oder Verlegung

Die Untersuchung der allgemeinen und einrichtungsinternen Regelungsgrundlagen zeigt, dass der größte Teil von ihnen bislang das pflegerische Vorbehaltsrecht ignoriert und es bislang nur einige wenige wegweisende Regelwerke gibt, wie etwa die DNQP-Expertenstandards oder auch einzelne einrichtungsinterne Stellenbeschreibungen für Stationsleitungen.

Offenkundig bringt die Auseinandersetzung mit den Vorbehaltsaufgaben und ihre Implementierung in die Einrichtungen Bewegung in das pflegerische Berufsverständnis sowie in die Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren im akutstationären Versorgungsalltag. Allerdings fehlt es weiterhin an hinreichenden Informationen und Grundlagen, so dass alle Beteiligten wissen, was sich verändert hat. Die Vorbehaltsaufgaben der Pflege führen zu Klärungs- und Aushandlungsprozessen innerhalb der Berufsgruppe, mit der Ärzteschaft und anderen Berufsgruppen und nicht zuletzt auch institutions- und sektorenübergreifend mit dem Ziel, die Sicherheit und das Wohl von Patientinnen und Patienten zu fördern.

Die Ergebnisse der VAPIK-Studie sprechen für einen zukünftigen Handlungsrahmen zur Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben im Krankenhaus. Dieser fußt auf der Anerkennung und der konsequenten Umsetzung der pflegerischen Verantwortung für die Feststellung individueller Pflegebedarfe, die Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen sowie die Evaluation pflegeprozessualer Pflegequalität und dem Verständnis einer handlungsorientierten Professionalität der Akteurinnen und Akteure.

- Auf der Mikroebene (Versorgungspraxis) hat dies Konsequenzen in der intra- sowie interprofessionellen Zusammenarbeit sowie in der Kooperation mit außerklinischen Einrichtungen.
- Auf der Mesoebene (Organisation und Leitung) müssen dazu die Weichen gestellt werden, etwa in Bezug auf eine gemeinsame und interdisziplinäre Umsetzung des geltenden Vorbehaltsrechts sowie in der Durchforstung und Überarbeitung von relevanten Regelungsgrundlagen.
- Letztlich ist auch die Makroebene (Politik und Gesellschaft) gefragt, zum einen die neue Rolle der Pflegeberufe nicht nur anzuerkennen und zu fördern, sondern darauf aufbauend nächste Schritte zur weiteren Professionalisierung der Pflege einzuleiten (Stichwort ist hier das vom BMG geplante Pflegekompetenzgesetz). Selbstverständlich sollte der

Gesetzgeber mit gutem Beispiel vorangehen und alle relevanten Regelungen im Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht ändern bzw. in der Selbstverwaltung auf die Änderungen hinwirken.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der VAPiK-Studie und des dargelegten Handlungsrahmens für eine zukünftige Umsetzung des Vorbehaltsrechts in den Krankenhäusern werden abschließend insgesamt 18 Empfehlungen für die Akteure und Akteurinnen sowie die Verantwortlichen auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene gegeben. Die Empfehlungen zielen darauf ab, dass alle Handelnden auf allen Ebenen die notwendigen Regelungssicherheiten und Rahmenbedingungen schaffen, um das pflegerische Vorbehaltsrecht durchzusetzen und im Versorgungsalltag regelhaft, ergebnisorientiert und nachhaltig umzusetzen.

### 3 Einleitung

Trotz der rechtlichen Verankerung der Vorbehaltsaufgaben durch das PflBG bereits seit 2020 sind diese in der Praxis, vier Jahre nach Inkrafttreten, nach allgemeiner Einschätzung noch längst nicht flächendeckend etabliert. Dieser Umstand, begleitet von Unklarheiten und Unsicherheiten zum Vorbehaltsrecht innerhalb der Berufsgruppe und bei weiteren Akteurinnen und Akteuren, bildet den Ausgangspunkt für die vorliegende explorative Studie zu den **V**orbehalts**A**ufgaben der **P**flege **i**m **K**rankenhaus (VAPiK-Studie). Sie wurde vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung konzipiert und durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschland e. V. (Die Katholischen Krankenhäuser) gefördert. Der Verband hatte sich zuvor in seinem Positionspapier „Fortschritte für die Pflege – jetzt!“ u.a. für die Stärkung des Pflegeprozessmodells im Krankenhaus im Kontext der Anwendung des neuen Vorbehaltsrechts gem. § 4 PflBG ausgesprochen. Er sieht es als erforderlich an, einen verbindlichen Handlungsrahmen zu schaffen, der die Vorbehaltsaufgaben in die Praxis des jeweiligen Versorgungssettings übersetzt und dabei die notwendigen Voraussetzungen hinsichtlich der Qualifikation des Personals berücksichtigt.

Inspiziert wurde das Projekt auch durch die Arbeit des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben (TT VA), der sich im Jahr 2021 auf Initiative des Pflegerechtlers Thomas Klie gegründet hatte. Neben weiteren Juristinnen und Juristen und Pflegefachleuten wirkt auch der Pflegewissenschaftler Frank Weidner von Beginn an im TT VA mit (Think Tank Vorbehaltsaufgaben und Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft DGP (2024)).

Im Jahr 2023 wurde nach einigen Vorbereitungen die VAPiK-Studie in Kooperation mit acht Mitgliedseinrichtungen des Verbandes der Katholischen Krankenhäuser durchgeführt. Die explorative Studie hat das Ziel, die Grundlagen, Anwendungen und Konsequenzen der Vorbehaltsaufgaben im Krankenhausalltag näher zu beleuchten und einen entsprechenden Handlungsrahmen und weitere Empfehlungen abzuleiten. Dieser Abschlussbericht präsentiert zum einen die Hintergründe, Grundlagen und Rahmensetzungen sowie die Umsetzungsschritte der VAPiK-Studie. Auf dieser Grundlage werden die Ergebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse

vorgestellt, ein Handlungsrahmen für die zukünftige Umsetzung des geltenden pflegerischen Vorbehaltsrechts entworfen sowie Empfehlungen ausgesprochen.

Ein herzlicher Dank gilt den Verantwortlichen und Mitwirkenden aus den beteiligten Katholischen Krankenhäusern für ihre Bereitschaft, sich an dieser gemeinsamen Entwicklungsarbeit zu beteiligen, für ihr Interesse, ihre Geduld und das entgegengebrachte Vertrauen den Forschenden und den anderen Teilnehmenden gegenüber.

## 4 Grundlagen und Ausgangssituation

Zum 01.01.2020 trat das Pflegeberufegesetz (PflBG) in Kraft. Darin sind erstmals gesetzlich Vorbehaltsaufgaben für die Pflege geregelt. Im folgenden Kapitel werden darauf basierende historische und normative Grundlagen der gesetzlichen Verankerung und des inhaltlichen Verständnisses der Vorbehaltsaufgaben, darauf bezogene juristische und fachliche Implikationen als auch Forderungen des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland e.V. als Grundlagen für das Projekt VAPiK dargestellt.

### 4.1 Verständnis und Entwicklung der Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG

#### 4.1.1 Inhalte und Ziele der Vorbehaltsaufgaben

Das PflBG regelt im § 4 Abs. 2 als Vorbehaltsaufgaben 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 als pflegerische Vorbehaltsaufgaben. Auch wenn es im Titel des Paragraphen „Tätigkeiten“ heißt, wird fortan von Aufgaben gesprochen, was der Komplexität der Sachverhalte, um die es geht, auch gerechter wird. Im § 4 Abs. 1 wird klargestellt, dass die Vorbehaltsaufgaben nur von Personen ausgeführt werden dürfen, die eine Erlaubnis nach § 1 PflBG haben, sprich, die die Erlaubnis erworben haben, die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ zu führen. In Verbindung mit dem § 64 PflBG gilt darüber hinaus, dass eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz oder nach dem Altenpflegegesetz in der jeweils zuletzt gültigen Fassung unberührt bleibt, sprich, diese Erlaubnisse gelten zugleich als Erlaubnis nach § 1 Satz 1 im PflBG. Was dies genau für die Ausübung der Vorbehaltsaufgaben bedeuten kann, wird unter Punkt 4.2.4 ausgeführt.

Nach überwiegender Rechtsauffassung werden die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG als *absolut* verstanden (Igl 2019, Weiß 2019). Das heißt, weder Pflegeassistentpersonal noch andere Berufsgruppen wie Ärztinnen und Ärzte dürfen die vorbehaltenen Aufgaben in Bezug auf den Pflegeprozess übernehmen und verantworten, noch darf dies von Pflegefachpersonen an andere Personen übertragen werden. Dies ist ein Unterschied zur Regelung von Vorbehaltsaufgaben in anderen Gesundheitsberufen. Sowohl in der Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz und § 2 Absatz 5 Bundesärzteordnung bzw. den entsprechenden Regelungen der Landesärzteordnungen als auch in § 4 des Hebammengesetzes sowie in § 9 des MTA-Gesetzes werden nur *relativ* wirkende Vorbehalte vorgegeben.

Damit wird, soweit ersichtlich, zum ersten Mal die heilkundliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten durch vorbehaltene Aufgaben eines anderen als ärztlichen Gesundheitsberufes eingeschränkt (Klie und Weiß 2023). Allerdings gelten diese Vorbehalte, abgeleitet aus § 4 Absatz 3 PflBG, nur in beruflichen Kontexten und wirken nicht im Kontext ehrenamtlicher und privat geprägter Pflegearrangements. Selbstverständlich können pflegende Angehörige weiterhin die pflegerische Unterstützung für ihre pflegebedürftigen Angehörigen auch ohne die Einbeziehung von Pflegefachpersonen gestalten. Zugleich wird im § 4 PflBG Abs. 3 deutlich, dass auch den Arbeitgebern in der Umsetzung und Einhaltung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege eine zentrale Rolle zukommt. Sie müssen die Durchführung der Vorbehaltsaufgaben alleinig durch entsprechend qualifiziertes Pflegefachpersonal gem. den Regelungen des PflBG gewährleisten. Ein Verstoß kann nach § 57 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 2 PflBG als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld von bis zu 10.000 € belegt werden.

Mit dem (neuen) Vorbehaltsrecht verfolgt der Gesetzgeber laut Begründung im Pflegeberufereformgesetz aus dem Jahr 2016 zwei Ziele (Deutscher Bundestag 2016). In erster Linie geht es ihm mit der Einräumung eines Ausübungsvorbehaltes für pflegerische Kernaufgaben um den Schutz der Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen sowie eine fachgerechte Ausgestaltung des Pflegeprozesses. Die Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen sollen durch eine entsprechende Gestaltung des Pflegeprozesses vor unsachgemäßer Pflege und daraus resultierenden Schäden geschützt werden. Dies kann nur durch entsprechend qualifiziertes Pflegefachpersonal mit den erforderlichen Kompetenzen gewährleistet bzw. verantwortet werden. Hintergrund ist dabei die objektive Pflicht des Staates, den Bürgerinnen und Bürgern Gesundheitsschutz zu gewährleisten. Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass die Pflege als eigene Berufsgruppe mit ihren eigenen Wissensbeständen einen unverzichtbaren Beitrag zum Gesundheits- und Patientenschutz leistet. Zugleich wird so vom Gesetzgeber auch eine merkliche Aufwertung bzw. Professionalisierung des Pflegeberufes durch die Verbindung von fachlicher Qualifikation und Verantwortungsübernahme beabsichtigt. Die Stärkung des Berufs in gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Fragen alleine wäre jedoch keine juristisch hinreichende Legitimation für die Zuweisung und Ausgestaltung von Vorbehaltsaufgaben (Büscher et al. 2019, Büscher et al. 2023b, Deutscher Bundestag 2016, Weidner 2021).

#### 4.1.2 Pflegeprozessmodell als Kern der Vorbehaltsaufgaben

Die formulierten Vorbehaltsaufgaben stehen in engem Zusammenhang mit dem Pflegeprozess. Dieser wird, so wie es im Begründungstext zum Gesetzesentwurf heißt, als „professions-spezifische, analytische Arbeitsmethode der systematischen Strukturierung und Gestaltung des Pflegearrangements“ verstanden (Deutscher Bundestag 2016). Der Pflegeprozess ist in fachlicher Hinsicht allerdings weder neu noch unbekannt. Das zugrundeliegende Pflegeprozessmodell wurde bereits in den 1950er Jahren in den USA entwickelt und in den 1970er Jahren u.a. durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Europa eingeführt. Im Jahre 1985 wurde es erstmals in das Krankenpflegegesetz und später auch in das Altenpflegegesetz aufgenommen.

Das Pflegeprozessmodell folgt der Vorstellung, dass Pflege ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess ist. Es gilt international als konsentiertes, strukturierendes Regelkreismodell in der professionellen Pflege. Nach Möglichkeit soll es zur Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen zwischen den Pflegenden und den zu pflegenden Menschen kommen. Die einzelnen Schritte bauen aufeinander auf und beeinflussen sich gegenseitig und wechselseitig. Das WHO-Modell beschreibt vier Schritte des Pflegeprozesses: Assessment, Planning, Intervention and Evaluation (WHO 1979). Dieser vierstufige Problemlösungsprozess wurde im deutschsprachigen Raum zeitweise zu einem fünf- bzw. auch sechsstufigen Prozess ausdifferenziert. Als erweiterte eigene Schritte wurden im fünfstufigen Modell die Stellung einer Pflegediagnose und im sechsstufigen Modell von Fichter und Meier das Erkennen von Ressourcen und Problemen sowie das explizite Festlegen von Zielen hinzugefügt (Brobst 2007, Fichter und Meier 1993). Alle Modelle haben aber im Prinzip die vier Schritte des WHO-Modells implementiert.

Die Anwendung des Pflegeprozesses in Deutschland wurde in der Vergangenheit mitunter auch kritisch diskutiert (Zegelin und Schöninger 1998). Neben grundsätzlichen Fragen des beschriebenen Regelkreises ging und geht es auch um hinreichende Qualifikations- sowie Rahmen- und Arbeitsbedingungen, um diese anspruchsvolle Arbeitsmethode im Praxisalltag angemessen umsetzen zu können. Zudem ist festzuhalten, dass es international eher gängige Praxis ist, Pflegeklassifikations- oder Pflegediagnosekataloge beim Assessment, sprich der Feststellung des Pflegebedarfs, anzuwenden, in Deutschland hingegen nicht. Hierzulande wird weiterhin zumeist ein stark induktives Einschätzungsverfahren genutzt, d.h. die Pflegefachperson beschreibt ohne geltende Klassifikation den Bedarf der Patientin oder des Patienten.

Mit der neuerlichen Aufwertung des Pflegeprozesses im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben stellt der Gesetzgeber die Weichen im Sinne des Patientenschutzes neu und sendet ein klares Signal in Richtung weitere Professionalisierung der Pflege. Die im § 4 PflBG beschriebenen vorbehaltenen Aufgaben sind allerdings nicht identisch zu dem Modell. Entsprechungen gibt es bei der ersten Phase „Assessment“ („Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“ gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1 PflBG) und der letzten Phase „Evaluation“ („Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 3 PflBG). Abweichungen sind insbesondere bei der zweiten Phase „Planning“ („Planung der Pflege“ gemäß § 5 Abs. 3 Nr. 1 a) PflBG) und der dritten Phase „Intervention“ („Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen“ gemäß § 5 Absatz 3 Nr. 1 c) PflBG) festzustellen, die beide zwar bei den Ausbildungszielen in § 5 benannt sind, in den Aufzählungen des § 4 PflBG jedoch fehlen. Zusätzlich wird im § 4 PflBG allerdings die prozessübergreifende Formulierung „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 PflBG formuliert (s. Abbildung 1). Unter Punkt 4.2.3 wird dieser Umstand noch einmal aufgegriffen und entlang fachlicher wie juristischer Implikationen modifiziert.

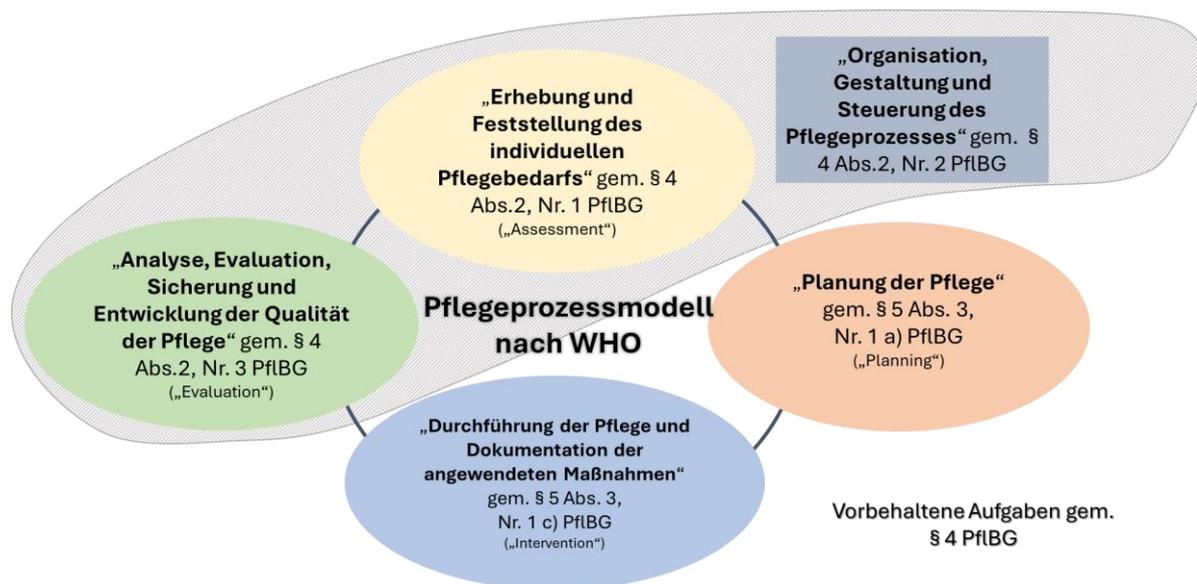


Abbildung 1: Das Pflegeprozessmodell im Kontext vorbehaltender Aufgaben gem. den Formulierungen im § 4 PflBG (TT VA und DGP 2024)

#### 4.1.3 Erwerb von Kompetenzen zur Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben

Die notwendigen Kompetenzen zur Steuerung und Ausgestaltung des Pflegeprozesses werden in der per Berufsrecht geregelten Pflegeausbildung vermittelt. Bereits seit dem Krankenpflegegesetz 1985 ist der Pflegeprozess Bestandteil der Ausbildung von Pflegefachpersonen. Er ist als berufsspezifische Methode nach den Anlagen 1 bis 4 der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) zentraler Bestandteil des Kompetenzbereichs I (KB I) der Ausbildung und durchzieht auch die anderen Kompetenzbereiche (BGBL 2018).

Auch die Fachkommission gemäß § 53 PflBG weist darauf hin, dass die vielfältige Auseinandersetzung mit dem Pflegeprozess im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung die Voraussetzung für den Erwerb von Kompetenzen zur Ausübung der vorbehaltenen Aufgaben darstellt. Sie hat im Sommer 2019 erstmals umfassende Rahmenpläne für die generalistische Ausbildung vorgelegt (BIBB 2020). Mit der ersten Aktualisierung im November 2023 wurden die Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung angepasst. Den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen für die Pflegeschulen wurden u.a. die Ausbildungsziele und Pflegeverständnisse gemäß § 5 PflBG zugrunde gelegt und sie wurden nach den vier Prinzipien Kompetenzorientierung, Pflegeprozessverantwortung und vorbehaltene Tätigkeiten, Situationsorientierung sowie Entwicklungslogik konstruiert. Ebenso sind die strukturierte Methode des Pflegeprozesses und die Kompetenzbereiche I.1 und I.2 der Anlagen 1 bis 4 der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung konsequent in sämtlichen curricularen Einheiten präsent.

Die Kompetenzorientierung bezieht sich beispielsweise darauf, dass Ausbildungsziele im Hinblick auf anforderungsorientierte Befähigungen der Lernenden und nicht etwa die Umsetzung von Inhalten oder einzelnen Tätigkeiten formuliert werden. Unter Situationsorientierung ist zu verstehen, dass sich das Pflegehandeln auf verschiedene Pflegesituationen bezieht und die jeweiligen pflegerischen Anforderungen der individuellen Situation mit den Kompetenzen der

handelnden Personen verknüpft werden (BIBB 2020). Das Ausbildungsziel respektive Pflegeverständnis im § 37 PflBG zur primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann basiert ebenfalls auf den Formulierungen im § 5 PflBG, geht jedoch auch darüber hinaus, indem es insbesondere die wissenschaftsfundierte Begründungskompetenz der Pflegefachpersonen in der unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen auch in hochkomplexen Pflegesituationen betont. Die pflegerischen Versorgungssituationen sind unterschiedlich komplex und erfordern kompetenzorientiert ausgebildete Pflegefachpersonen, die vorbehaltliche Aufgaben im jeweiligen Kontext auf Ebene des jeweiligen Kompetenzniveaus wahrnehmen können.

Knigge-Demal und Hundenborn haben bereits im Jahr 2013 im Bericht zum „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ den Unterschied von pflegerischen Aufgaben entlang der acht Qualifikationsniveaus (QN 1-QN 8) beschrieben (Knigge-Demal und Hundenborn 2013). Dabei erfolgte die Orientierung am europäischen und deutschen Qualifikationsrahmen. Von Relevanz ist, dass folgende generelle 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 Qualifikationsniveaus eins und zwei sind auf Serviceaufgaben oder Assistenz und die Qualifikationsniveaus sieben und acht auf die Leitung in Einrichtungen oder die Gestaltung und Steuerung pflegewissenschaftlicher Aufgaben ausgerichtet (Knigge-Demal und Hundenborn 2013).

Im Pflegealltag lassen sich komplexe von hochkomplexen Pflegeprozessen allerdings nicht immer eindeutig voneinander unterscheiden. Und auch der Gesetzgeber nimmt bei der Ausübung des Vorbehaltsrechts hier keine Unterscheidung vor. Das heißt, unabhängig davon, wie komplex die Anforderungen an die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses auch ist, sie liegt stets in der Verantwortung der zuständigen Pflegefachperson. Ohne Zweifel steigen mit der Komplexität der pflegerischen Erfordernisse auch die Anforderungen an die vorliegende Qualifikation und Erfahrung der zuständigen Fachperson. So muss auch hier im Sinne des Patientenschutzes zusehends wissenschaftsfundiertes und evidentes Wissen in die direkte Versorgungspraxis Einzug halten (Robert Bosch Stiftung 2022).

#### 4.1.4 Vorgegangene Debatte zur gesetzlichen Verankerung von Vorbehaltsaufgaben

Den nun gesetzlich geregelten Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege ging eine mehr als 25 Jahre währende Debatte um damit zusammenhängende rechtliche und fachliche Fragen voraus. Diese wurden in den 90er Jahren insbesondere von engagierten Einzelpersonen und

Pflegeberufsverbänden angestoßen. So versuchten bereits 1990 die damaligen Landesreferentinnen für Pflege in den jeweiligen zuständigen Landesministerien bzw. gleichgestellten Stellen, Elisabeth Beikirch (Berlin), Ingrid Rehwinkel (Schleswig-Holstein) und Hilde Steppe (Hessen), neben der Festschreibung des Pflegeprozesses als Bestandteil der Pflege im Krankenpflegegesetz (Inhalt der Ausbildung) die Aufgaben der Steuerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen gesetzlich regeln zu lassen. Dies gelang ihnen damals jedoch noch nicht (Klie und Weiß 2023). Lediglich konnten sie 1992 im Unterausschuss „Pflegekammer und Berufsordnung“ des Berufsausschusses der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) Vorschläge zur Möglichkeit der Regelung von Vorbehaltsaufgaben einbringen.

In den 90er Jahren ging es u.a. auch im Kontext der Fragen zur Errichtung von Pflegekammern in Bundesländern um den Zusammenhang mit vorbehaltenen Aufgaben der Pflege. Der Jurist Markus Plantholz betonte damals bereits, dass gesetzlich geregelte Vorbehalte für die Pflege der „Gefahrenabwehr“ und weniger dem Ansehen oder der Aufwertung der Berufsgruppe dienen sollten und somit das Wohl des kranken oder des pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellen müssten. Er als auch der Jurist Gerhard Igl sahen jedoch damals noch erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken und organisatorische Umsetzungsprobleme für eine gesetzliche Regelung von vorbehaltenen Aufgaben für die Pflege (Plantholz 1996, Grieshaber 1998).

Aber auch damals wurde bereits diskutiert, dass die Festschreibung bestimmter Aufgaben als Vorbehalt für eine Berufsgruppe zugleich bedeuten kann, dass andere Berufsgruppen, die nicht entsprechend qualifiziert sind, diese Aufgaben nicht oder nicht mehr ausüben dürfen und daher in ihrer beruflichen Handlungsfreiheit eingeschränkt werden können. Dies stellt jeweils einen Eingriff in das Grundrecht gemäß Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz und muss daher im Gesetzgebungsverfahren eigens begründet und verhältnismäßig sein. Die Sorge, dadurch einem weitergehenden Pflegenotstand Vorschub zu leisten, war (auf Seiten des Gesetzgebers) groß. Auch sah man Schwierigkeiten darin, Handlungsbereiche bzw. Maßnahmen der Pflege zu benennen, die derartig gefahrgeneigt sind, dass sie nur durch Pflegenden mit einer Fachqualifikation durchzuführen wären. Überlegungen bzw. Vorschläge bestanden jedoch bereits damals schon in Bezug auf die Steuerung und Koordinierung der Pflege und die Qualitätssicherung (Plantholz 1996, Grieshaber 1998).

Die Auffassung zu Vorbehaltsaufgaben für die Fachpflege änderte sich erst Jahre später, wohl auch unter dem Eindruck der Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zur Ausbildung in der Altenpflege vom 24. Oktober 2002. Der Altenpflegeberuf ist nach diesem höchstrichterlichen Beschluss ein Heilberuf! Damit wurde zugleich die Regelungskompetenz für die Altenpflegeausbildung der Bundesebene zugeschrieben. Eine Grundlage für dieses Urteil ist Artikel 74 des Grundgesetzes, in dem die Gebiete der konkurrierenden Gesetzgebung geregelt sind, und dort der Abs. 1 Nr. 19 (Weidner 2019b, Klie und Weiß 2023). So kam der Jurist Gerhard Igl aufgrund gesellschaftlicher und pflegebezogener Entwicklungen im Jahr 2008 in einem weiteren Gutachten zur öffentlich-rechtlichen Regulierung der Pflegeberufe zu

einer modifizierten Auffassung. Er äußerte darin, dass die Bedeutung der Pflegeberufe für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft sowie eine entsprechende Aufwertung der Pflege nun für weitere Schritte ihrer öffentlichen Anerkennung und Professionalisierung sprächen. Neben der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zum Altenpflegeberuf nannte er u.a. die zunehmende Bedeutung des Pflegeversicherungsgesetzes als Grund. Neben vorbehaltenen Aufgaben hielt er nun auch die Verkammerung der Pflegeberufe sowie weitere Schritte etwa zur Stärkung der Rolle der Pflege in der Selbstverwaltung nicht nur für verfassungsrechtlich unbedenklich, sondern sogar gesellschaftlich für geboten (Igl 2008).

## 4.2 Juristische und fachliche Implikationen des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben

Trotz der rechtlichen Verankerung der Vorbehaltsaufgaben durch das PflBG sind diese in der Praxis, vier Jahre nach Inkrafttreten, nach allgemeiner Einschätzung noch längst nicht flächendeckend etabliert. Dieser Umstand, begleitet von Unklarheiten und Unsicherheiten zum Vorbehaltsrecht innerhalb der Berufsgruppe und bei weiteren Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen und in der Politik, bildet den Ausgangspunkt des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben (TT VA), der sich im Jahr 2021 auf Initiative des Pflegerechtlers Thomas Klie gegründet hat. Neben weiteren Juristen und Pflegefachleuten wirkt von Beginn an auch der Pflegewissenschaftler Frank Weidner im TT VA mit<sup>1</sup>. Bereits 2019 kam eine ähnliche, interdisziplinär mit Pflegewissenschaftlern und Juristen besetzte Arbeitsgruppe zusammen und veröffentlichte eine erste Stellungnahme zu den Vorbehaltsaufgaben (Büscher et al. 2019).

Der Think Tank begleitet nun schon seit rund drei Jahren die weiteren Diskussionen zum Thema Vorbehaltsaufgaben auf unterschiedlichen Ebenen. Die Ergebnisse der Arbeit der Arbeitsgruppe sollen Grundlagen und Argumentationsstränge zum Verständnis und zur Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben in verschiedene Handlungsfelder transparent machen. Einige Publikationen entstanden aus der Arbeit des TT VA (Weidner 2021, Büscher et al. 2023a, Büscher et al. 2023b, Klie und Weiß 2023). Zuletzt hat der Think Tank eine umfassende Veröffentlichung zu den „Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung“ vorbereitet, die gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) 2024 herausgegeben wurde (TT VA und DGP 2024).

Das Projekt VAPiK basiert u.a. auch auf den Vorarbeiten des TT VA. Daher werden zentrale und für die Projektarbeit bedeutende Grundlegungen und Einordnungen im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

### 4.2.1 Zugrundeliegendes Verständnis der professionellen Pflege

Der Gesetzgeber hat ins Zentrum der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG die Verantwortung für die Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen in die Hände entsprechend qualifizierter Fachpflegender gelegt. Er hat dies als zentrale Arbeitsmethode und Kernaufgabe der professionellen Pflege beschrieben. Damit werden die Komplexität und Einheit pflegerischer Versorgungsprozesse anerkannt, eine Idee oder ein Auftrag zur Regelung von

---

<sup>1</sup> <https://www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de/think-tank/>

pflegerischen Einzeltätigkeiten im Kontext des Vorbehaltsrechts kommen hier weder im Gesetzestext noch in der Begründung zum Gesetz auf. Diese Grundlegung korrespondiert mit dem inzwischen vorherrschenden Verständnis professionellen Pflegehandelns im Alltag (Weidner 2019b).

Diesem Verständnis nach ist der pflegerische Alltag unabhängig vom Setting geprägt von vielfältigen Anforderungen, die insgesamt von hoher Komplexität und Dynamik geprägt sind und zugleich einer gewissen und steten Unvorhersehbarkeit unterliegen. Die Pflegebedarfe können einfacher Natur sein, sie können aber auch sehr anspruchsvoll sein. Die kürzlich verstorbene Ruth Schröck – sie war 1988 an der FH Osnabrück die erste Pflegeprofessorin in Deutschland – hat dies mit ihrem inzwischen als klassisch geltenden Satz auf den Punkt gebracht:

*„Pflegetätigkeiten können also so etwas Einfaches bedeuten, wie jemandem einen frischen Trunk zu reichen, oder etwas so Kompliziertes, wie einem Menschen zu helfen, das Vertrauen in seine Mitmenschen wiederzugewinnen.“ (Schröck 1988).*

Um die fachlichen Anforderungen in der Pflege zu erfüllen, lernen Pflegefachpersonen in der Ausbildung die geltenden Regeln kennen, sprich, sie erlernen von ihren Lehrerinnen und Lehrern, von Praxisanleitenden und Kolleginnen wie Kollegen, aus Lehrbüchern und zunehmend auch aus Studien, Leitlinien und evidenzbasierten Quellen wie Expertenstandards das Regelwissen ihrer Profession. Die Ziele der professionellen Pflege beziehen sich auf den Erhalt, die Förderung und größtmögliche Wiederherstellung der Selbstständigkeit in der Lebensführung von Menschen mit Pflegebedarfen (ICN 2021). Die professionelle Pflege bedient sich hierbei aller Strategien der Gesundheitsarbeit. So lautet es gemäß den Ausbildungszielen nach § 5 Abs. 2 PfIBG:

*„Pflege .... Umfasst 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. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik“.*

Anders allerdings als etwa in technischen Berufen sind soziale, bildende und gesundheitsbezogene Berufe personenbezogene Dienstleistungen. Sie haben es stets mit Menschen zu tun. Und Menschen haben Wünsche, Stimmungen, Erfahrungen, Vorstellungen und einen Willen, den sie zumeist auch klar zum Ausdruck bringen können und wenn nicht, z.B. aufgrund eines krankheitsbedingten Komas, dann gilt der vermutliche oder anzunehmende Wille. Die Grundlage für den Einbezug persönlicher Zustände, Beweggründe und Umstände im professionellen Handeln verstehen wir als Fallverstehen, d.h. die Fachpflege hat nicht nur die Aufgabe, die Regeln der Profession zu kennen und anzuwenden, sie muss diese allgemeinen Regeln auch stets auf den konkreten Fall, die konkrete Situation anwenden können.

Die professionelle Handlungstheorie nach Oevermann geht nun davon aus, dass Regelwissen und Fallverstehen in alltäglichen Versorgungssituationen häufig nicht zusammenpassen. Das heißt, die Pflegefachperson weiß z.B. genau, was im Hinblick auf die eingeschränkte Mobilität einer Patientin zu tun wäre, muss aber Rücksicht nehmen auf ihren aktuellen Zustand und Willen. Nicht selten spricht das Fallverstehen gegen eine Anwendung von Regelwissen. Ihr Handeln bzw. ihre Unterlassung muss die Pflegefachperson genau begründen und dokumentieren. Das geschieht durchaus häufig im Pflegealltag und stellt keine Ausnahme dar. Daher müssen Pflegefachpersonen auf diese von Oevermann beschriebene *widersprüchliche Einheit aus Regelwissen und Fallverstehen* qualifikatorisch sehr gut vorbereitet werden.

Hinzu kommt, dass sich in jeder Minute im Pflegealltag eine Versorgungssituation jäh ändern kann. Ein bislang als stabil beschriebener Pflegeprozess kann in eine Krisensituation kippen und die vorherrschende Ordnung schnell durcheinanderbringen. Zur beschriebenen Komplexität und Dynamik tritt die für Gesundheitsfachberufe so typische Unvorhersehbarkeit von professionellen Versorgungssituationen (Weidner 2011, 2019b).

Diese professionstheoretischen Zusammenhänge sind es, die es vom Grund her verbieten, in pflegerelevanten Kontexten mit simplifizierenden Ansätzen nach Lösungen zu suchen. Auch mit Blick auf die Vorbehaltsaufgaben ist es angesichts der beschriebenen hohen Anforderungen im Versorgungsalltag an die Verantwortlichen nur zu verständlich, dass man sich vielleicht einfache Rezepte, Tätigkeitsbeschreibungen oder tabellarische Gegenüberstellungen – tue dies, lasse das – wünscht. Es wird aber spätestens an dieser Stelle klar, dass Simplifizierungen in der Pflege keine Klarheiten und schon gar keine Sicherheiten bieten, sondern eher das Gegenteil bewirken würden. Oder, um es andersherum zu formulieren: Ob eine Pflegetätigkeit als vorbehaltend betrachtet und dann entsprechend verantwortet werden muss, hängt nicht in erster Linie vom Charakter der Tätigkeit ab, sondern vom jeweiligen pflegeprozessualen Kontext, und der ist i.d.R. komplexer als die einzelne Tätigkeit.

Nun wird klar, wie sehr die Implementierung pflegerischen Vorbehaltsrechts gem. § 4 PflBG die weitere Professionalisierung der Pflege benötigt und sie zugleich vorantreibt. Neben der damit verbundenen Verantwortungsübernahme erhält die berufliche Pflege auch nach klassischem Professionsverständnis nun erstmals einen geschützten, handlungsautonomen Zuständigkeitsbereich. Mit dem überaus wichtigen Ziel, Patientensicherheit und -schutz zu erhöhen, verlässt sich der Gesetzgeber im Hinblick auf die Verantwortung für Pflegeprozesse nunmehr auf pflegerische Professionalität. Diese beruht zum großen Teil, wie oben erläutert, auf Aushandlungsprozessen zur fall- und situationsgerechten Anwendung von komplexen Regelwissensbeständen. In diese Aushandlungsprozesse müssen daher zuallererst die Pflegeempfängerinnen und -empfänger und ihre An- und Zugehörigen eingebunden werden, dann aber nicht selten auch intraprofessionell mitwirkende Kolleginnen und Kollegen. Darüber hinaus braucht es nun aber auch interprofessionell zwingend mehr Aushandlungsprozesse zur gemeinsamen Versorgung von Patientinnen und Patienten.

#### 4.2.2 Fokus auf „Aufgaben“ anstatt auf „Tätigkeiten“

Die Überschrift zum § 4 PflBG lautet „Vorbehaltene Tätigkeiten“, im folgenden Gesetzestext wird jedoch dann von „Aufgaben“ im Kontext des Vorbehaltsrechts gesprochen. Der TT VA spricht sich klar für den weiteren Gebrauch des Begriffes „Vorbehaltsaufgaben“ aus. Der „Tätigkeitsbegriff“ im Zusammenhang mit Vorbehalten wird als nicht treffend erachtet. Aus pflegfachlicher und juristischer Sicht spricht gerade die Komplexität der beschriebenen Aufgaben im § 4 PflBG und die damit zusammenhängende Verantwortungsübernahme im Pflegeprozessgeschehen durch Pflegefachpersonen für den weiteren Gebrauch des Begriffes „Vorbehaltsaufgaben“. Pflegerische Maßnahmen müssen im Kontext der vorhandenen Dynamik und Komplexität in der Pflegepraxis verstanden, begründet und angewendet werden. So sind die Vorbehaltsaufgaben eingebettet in verschiedene Versorgungskontexte und beinhalten auch aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen eine Fülle an pflegerischen Aufgaben (Büscher et al. 2023a, Büscher et al. 2023b, Sirsch 2023, Weidner 2019b und 2021).

Zudem müssen in der Pflege und der Organisation wie Steuerung des Pflegeprozesses stets die Bedarfe und Bedürfnisse der Personen mit Pflegebedarf berücksichtigt werden. Demnach sollte der Fokus der Pflegefachpersonen auf der Verantwortung von Aufgaben im Rahmen personenzentrierter Pflegeprozesse statt auf einer kleinteiligen Tätigkeitsfixierung liegen. Die beschriebenen Unsicherheiten innerhalb der Berufsgruppe im Umgang mit den Vorbehaltsaufgaben könnten auch damit zusammenhängen, dass die Gestaltung des Pflegeprozesses und die Wahrnehmung von Vorbehaltsaufgaben getrennt voneinander betrachtet werden, obwohl sie untrennbar zusammengehören (Büscher et al. 2023a, Sirsch 2023).

#### 4.2.3 „Planung der Pflege“ gehört zu den Vorbehaltsaufgaben

Wie unter 4.1.2 erläutert, sind die Schritte zwei und drei im Pflegeprozessmodell, „Planung“ sowie die „Durchführung“, vom Gesetzgeber nicht als Vorbehaltsaufgaben im § 4 PflBG aufgeführt worden. Nach gängiger pflegewissenschaftlicher und pflegerechtlicher Auffassung auch der Expertinnen und Experten des TT VA gehört jedoch die „Planung der Pflege“ zwingend zu den Vorbehaltsaufgaben und solange dies noch nicht eindeutig durch den Gesetzgeber erfolgt ist, wird empfohlen, sie dennoch so zu verstehen und zu behandeln (s. Abbildung 2). Hierfür sprechen mehrere Gründe.

Zum einen ist aus pflegewissenschaftlicher und fachlicher Sicht die Phase der Pflegeplanung untrennbar mit den vorangehenden und folgenden Schritten im Pflegeprozessmodell verbunden. Denn bei der Erhebung und Feststellung eines Pflegebedarfs muss stets die Klärung und Festlegung erreichbarer Ziele und die Planung der dafür erforderlichen Pflegemaßnahmen erfolgen. Beide Aufgaben haben in fachlicher Hinsicht einen vergleichbaren professionellen Anspruch und erfordern ganz ähnliche fachliche Kompetenzen. Aus fachlicher Perspektive ist nicht nachzuvollziehen, warum die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs eines Menschen unter pflegerischen Vorbehalt gestellt wird, die darauf gründende Planung der individuellen Pflegemaßnahmen aber nicht. Zudem spricht die im § 4 PflBG zusätzlich formulierte,

übergreifende vorbehaltene Aufgabe „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ eindeutig für die Zuordnung der Pflegeplanung zu den Vorbehaltsaufgaben. Ohne die Planung der pflegerischen Maßnahmen kann der Pflegeprozess nicht gesteuert und organisatorisch verantwortet werden.

Aus juristischer Sicht ist zudem davon auszugehen, dass es sich hier um eine sogenannte „planwidrige Regelungslücke“ handelt. Denn hätte der Gesetzgeber absichtlich auf die Festlegung der Pflegeplanung als Vorbehaltsaufgabe verzichten wollen, so hätte es wegen der besonderen Tragweite der Entscheidung – wie fachlich erläutert – aus rechtlicher Sicht dazu eigens einer Begründung im PflBRefG bedurft. In der Begründung zum Gesetz sind jedoch keinerlei Hinweise durch den Gesetzgeber gegeben (Büscher et al. 2019, Klie und Weiß 2023, Weidner 2021).

Im Gegensatz zu der Pflegeplanung muss die „Durchführung und Dokumentation der Pflege“ jedoch nicht zwingend eine Aufgabe von Pflegefachpersonen sein, sondern kann auch von Assistenzpersonal und Auszubildenden übernommen werden. Denn auch aus fachlicher Sicht ist es verantwortbar, bestimmte Pflegemaßnahmen von anders qualifiziertem Personal durchführen zu lassen, wenn sichergestellt ist, dass es zur fachlich korrekten Ausführung der geplanten Maßnahmen befähigt ist und die Gesamtverantwortung der Prozesssteuerung bei der Fachpflege verbleibt (Weidner 2021, TT VA und DGP 2024).

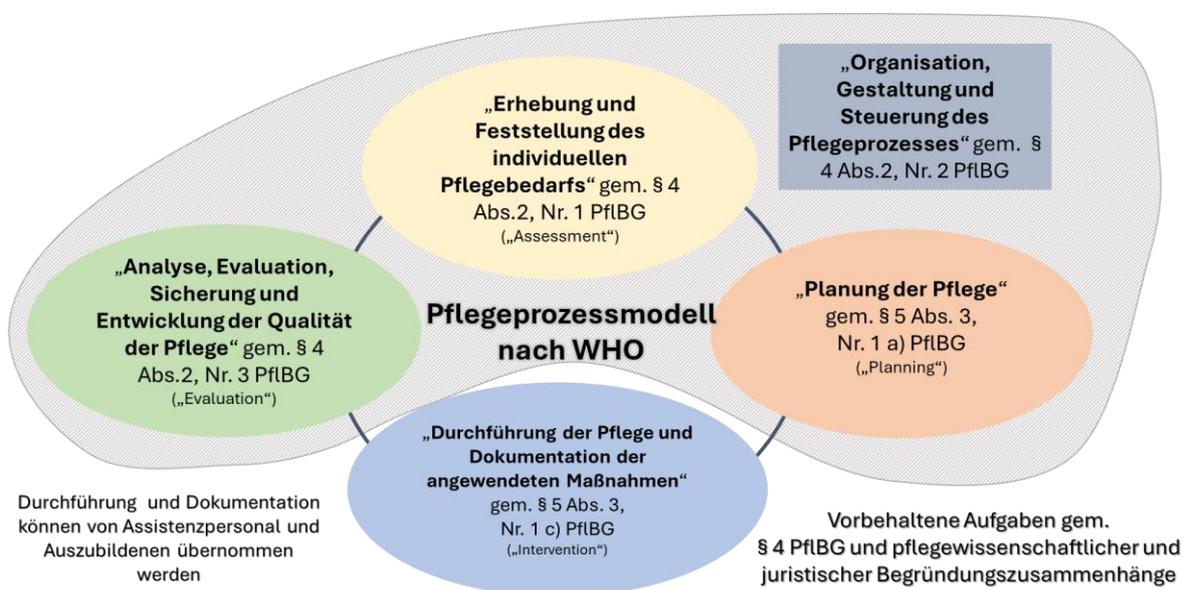


Abbildung 2: Das Pflegeprozessmodell im Kontext der vorbehaltenen Aufgaben gemäß §4 im Lichte pflegewissenschaftlicher und pflegerechtlicher Begründungszusammenhänge (TT VA und DGP 2024)

#### 4.2.4 Vorbehaltsaufgaben und Berufsabschlüsse

Die Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PflBG sind 2016 im Entwurf zum Pflegeberufereformgesetz vor dem Hintergrund des „neuen“ generalistischen Pflegeverständnisses geregelt und formuliert worden und beziehen sich daher vom Grundsatz her auf die Verantwortung pflegeprozessbezogener Aufgaben in der Versorgung von Menschen aller Altersgruppen. Nach dem im Jahr 2017 beschlossenen Kompromiss zum Pflegeberufegesetz wurde Teil 5 eingefügt zu „Besondere Vorschriften über die Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege“.

Mit Blick auf die Vorbehaltsaufgaben heißt es nun im § 58 Abs. 3 PflBG, dass auf diese besonderen Berufsabschlüsse die §§ 2 bis 4 entsprechend anzuwenden sind. Hier aber taucht die Frage auf, was unter „entsprechender Anwendung“ des § 4 PflBG zu verstehen ist. Denn die Formulierung einer „entsprechenden Anwendung“ kann rechtlich zweierlei bedeuten. Entweder können die ausgebildeten Pflegefachpersonen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege für alle Altersgruppen Vorbehaltsaufgaben übernehmen oder aber die Ausübung der Vorbehaltsaufgaben gilt aufgrund der spezifischen Ausbildung nur für den entsprechenden Personenkreis.

Für ersteres spricht, dass der Gesetzgeber dazu keine weiteren Regelungen, insbesondere keine Einschränkungen, normiert hat. Die Kompetenz der Pflegeprozessplanung wird vermittelt und gilt altersunabhängig. Die Spezialisierung erfolgt nur im letzten Drittel der Ausbildung. Für die zweite Auslegung spricht, dass sich die vorbehaltenen Aufgaben, die in § 4 Absatz 2 PflBG aufgeführt sind, auf Kompetenzen beziehen, die in der Ausbildung erworben worden sind (§ 5 Abs. 3 PflBG). Für die spezifischen Ausbildungsabschlüsse ist im letzten Ausbildungsdrittel eine Kompetenzvermittlung speziell zur Pflege von Kindern und Jugendlichen bzw. alter Menschen vorgesehen (§ 60 Abs. 1, § 61 Abs. 1 PflBG). Damit wird aufgrund der Fokussierung im letzten Ausbildungsdrittel keine vollständig vergleichbare Qualifikation für alle Altersgruppen erworben. Durch die zielgruppenorientierte Qualifizierung in einem Drittel der Ausbildungszeit können die Vorbehaltsaufgaben entsprechend nur auf die jeweilige Lebensphase bezogen sein.

Auch entspricht nur die generalistische Ausbildung der „nurse responsible for general care“ in den europäischen Regelungen (zum Beispiel Artikel 31, 32 der EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsabschlüssen), mit der zum Ausdruck gebracht wird, dass die berufliche Erstausbildung sich auf die allgemeine Pflege bezieht. Auch der Think Tank Vorbehaltsaufgaben kommt dem dargelegten Verständnis zufolge zu dem Ergebnis, dass, bis eine gesetzliche Klarstellung oder gerichtliche Klärung erfolgt ist, nur ein auf die jeweilige Altersgruppe der zu versorgenden Menschen bezogenes, eingeschränktes Vorbehaltsrecht gelten kann. Wollen Pflegefachpersonen mit gesonderten Ausbildungsabschlüssen dennoch für andere Altersgruppen pflegerisch tätig werden, so schlagen sie als vorübergehende Lösung vor, dass diese Personen eine qualifizierte Weiterbildung absolvieren, die sie dazu befähigt, die Kompetenzen auch hinsichtlich der anderen Altersgruppen wahrzunehmen. In der

Weiterbildung müssten die Kompetenzen zugrunde gelegt werden, die in der generalistischen Ausbildung vermittelt werden (Büscher et al. 2019, TT VA & DGP 2024).

Zu einer ähnlichen Erkenntnis kommt der TT VA bei den bisherigen Berufsabschlüssen nach den Krankenpflege- und Altenpflegegesetzen. Da alle Pflegefachpersonen, die nach den bisherigen Berufsgesetzen die Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung haben, dem § 64 PflBG zufolge automatisch auch die Erlaubnis nach § 1 PflBG haben, gelten für sie auch die Bestimmungen entsprechend zu den Vorbehaltsaufgaben. Doch auch diese bisherigen Ausbildungen waren stark zielgruppenspezifisch ausgerichtet. So können die Vorbehaltsaufgaben, wie bei den besonderen Abschlüssen nach neuem PflBG, bei den bisher zielgruppenspezifisch ausgebildeten Pflegefachpersonen vom Grundsatz her auch nur für den entsprechenden Personenkreis gelten. Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege können wegen der bereits auch bisherigen Ausrichtung auf alle Altersgruppen die Vorbehaltsaufgaben für zu pflegende Menschen aller Altersgruppen wahrnehmen. Anders als bei den besonderen Abschlüssen gibt die Arbeitsgruppe für Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung in der Altenpflege bzw. in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hier als Vorschlag der Lösung in der Praxis bis zu einer gesetzlichen Klarstellung an, dass die Pflegefachpersonen, die bereits für eine längere Zeit (mindestens ein Jahr in Vollzeit) in der Pflege von Menschen anderer Altersgruppen beruflich tätig waren, die Vorbehaltsaufgaben auch bei der Pflege von Personen gemäß ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit ausüben können (Büscher et al. 2019).

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob es Unterschiede zur Verantwortungsaufteilung zu den Vorbehaltsaufgaben zwischen beruflichen und hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen gibt bzw. geben sollte. Da das PflBG an keiner Stelle Aussagen dazu macht, spricht sich auch der TT VA gegen eine formale Unterscheidung der Verantwortlichkeiten für Vorbehaltsaufgaben zwischen den beiden Ausbildungen aus. Zwar soll die hochschulische Pflegeausbildung nach § 37 PflBG zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und -orientierter Entscheidungen befähigen, jedoch wird auch in der Gesetzesbegründung an keiner Stelle vermerkt, dass hochschulisch qualifizierte deshalb über erweiterte Vorbehaltsaufgaben verfügen sollten. Es handelt sich gemäß § 37 Abs. 1 PflBG vielmehr um ein „erweitertes Ausbildungsziel“. Es geht dem Gesetzgeber bei der Regelung der Vorbehaltsaufgaben vielmehr um die Abgrenzung der Verantwortung von Pflegefachpersonen zu beruflich helfenden oder assistierenden Pflegenden sowie zu anderen Berufsgruppen. Dennoch bedarf es in unterschiedlich komplexen pflegerischen Versorgungssituationen jeweils fall- und situationsbezogener angemessener Begründungen und Entscheidungen (Weidner 2021).

#### 4.2.5 Auswirkungen auf das Arbeits-, Leistungserbringungs- und Haftungsrecht

Vorbehaltsregelungen sind aus rechtlicher Perspektive ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit (Artikel 12 Grundgesetz) von Angehörigen anderer Berufe, ebenso von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. Sie stellen die Unabhängigkeit des Handelns und damit auch das

Tätigwerden in eigener Verantwortung in Bezug auf bestimmte Aufgaben gegenüber anderen Berufsangehörigen dar. Dabei ist jedoch von Bedeutung, dass die Vorbehaltsaufgaben nur dann rechtmäßig sind, wenn „sie nicht das gesamte berufliche Betätigungsfeld ausmachen, sondern nur einen eng abgrenzbaren Bereich, und daher genau definiert werden können.“ Dies hat das Bundesverfassungsgericht zum Umfang der Anforderungen im „Altenpflegeurteil“ vom 24. Oktober 2002 benannt (Bundesverfassungsgericht 2002).

Die Vorbehaltsaufgaben der Pflege beziehen sich explizit auf den Pflegeprozess und sind in ihrer Ausübung an die Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 PflBG respektive den Vorgängergesetzen gebunden. Dies hat auch Auswirkungen auf die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Wie bereits in der Beschreibung der Inhalte des § 4 PflBG dargestellt, nimmt § 4 Abs. 3 PflBG auch diese in die Pflicht. Arbeitsrechtlich müssen sie dafür Sorge tragen, dass die Vorbehaltsaufgaben nur von qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Sie dürfen weder aktiv veranlassen noch passiv dulden, dass die Aufgaben von anderen Personen durchgeführt werden. Damit sind Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation offensichtlich (Klie und Weiß 2023).

Des Weiteren stellte sich die Frage, inwieweit davon ausgegangen werden kann oder sogar muss, dass die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben auch im Leistungserbringungsrecht Anwendung finden. Die Diskussionen im TT VA kommen zu dem Ergebnis, dass das Berufsrecht hier bestimmend bzw. vorrangig ist, d.h., dass Regelungen im Leistungsrecht bzw. im Leistungserbringungsrecht dem Berufsrecht folgen und das Vorbehaltsrecht fortan berücksichtigen müssen. Pflegefachpersonen obliegt die Durchführung und Sicherstellung pflegerischer (Vorbehalts-)Aufgaben unabhängig davon, ob es Leistungen nach SGB V, SGB IX oder SGB XI sind. Demnach müssen bei den Darstellungen im Sozialleistungsrecht die Regelungen des Berufsausübungsrechts nach dem PflBG hinzugedacht, also ergänzt werden. Das heißt, unabhängig von der leistungsrechtlichen Zuweisung des Ordnungsrechtes ist festzuhalten, dass die konkrete Bedarfsfeststellung, Planung und Evaluation von Pflege nunmehr zwingend pflegerische Fachkompetenz erfordert und berufsrechtlich nicht mehr von Ärztinnen und Ärzten geleistet werden darf (Klie und Weiß 2023, TT VA und DGP 2024).

Auch muss, wenn im Leistungsrecht von „geeigneter Pflegefachperson“ gesprochen wird, nun in betreffenden Fällen und Situationen die Befähigung zur Ausübung von Vorbehaltsaufgaben einbezogen werden. Als Beispiel wurde die Häusliche Krankenpflegerichtlinie (HKP-Richtlinie) betrachtet. In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass viele der dort aufgeführten Leistungen ohne die selbstständige Beurteilung, Planung und Evaluation durch Pflegefachpersonen nicht mehr vorstellbar sind. Bisher ist das Sozialrecht nicht entsprechend angepasst worden (Klie und Weiß 2023, Weidner 2021).

Offen sind hingegen noch die Fragen im Zusammenhang mit dem Leistungsrecht, wo genau die Grenzen der Vorbehaltsaufgaben liegen, also z.B. die Grenzen zwischen der Feststellung eines individuellen Pflegebedarfs gem. § 4 PflBG und der Feststellung einer Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten eines Menschen mittels des Neuen Begutachtungsassessments und der darauf gründenden Ermittlung eines Pflegegrades gem.

§ 15 SGB XI und Begutachtung nach § 18 SGB XI. Ähnlich verhält es sich mit der Frage der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI und einer Beratung oder Anleitung von zu pflegenden Menschen bei der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit gem. § 5 Abs. 3 1f) PfIBG, die selbstverständlich auch im Kontext pflegeprozessualer Verantwortung stattfinden kann und damit unter pflegerischen Vorbehalt fällt. Grundsätzlich gelten auch im SGB XI und den weiteren Ausführungsbestimmungen für die dort geregelte Beratung und Begutachtung die Regelungen des § 4 PfIBG mit den komplexen pflegeprozessualen Zusammenhängen und expliziten pflegfachlichen Grundlagen. So muss bspw. zur Begutachtung des Pflegegrades eine Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs im Sinne des PfIBG erfolgen (Klie und Weiß 2023, Weidner 2019a, Weiß et al. 2018).

Diese berufsrechtlich bestimmten und leistungsrechtlich zu berücksichtigenden Aspekte haben letztlich auch Auswirkungen auf das Haftungsrecht. In haftungsrechtlichen Verfahren aus der Pflegepraxis geht es in aller Regel um die Klärung, ob Pflege- bzw. Behandlungsfehler vorliegen und wer dafür ggf. die Verantwortung zu tragen hat. Es wird auch betrachtet, in welchem Umfang der Mensch durch pflegerische Maßnahmen oder Unterlassungen vermeidbare Schäden, Verletzungen oder vergleichbare Auswirkungen und Folgen erlitten hat und ob die beruflich Pflegenden dafür die Verantwortung tragen. Dabei wird auch immer geschaut, ob die Pflegenden auf dem Stand von Wissenschaft und Technik alles für den jeweiligen Fall Notwendige veranlasst und getan oder unterlassen haben, ob sie fachlich korrekt gehandelt und damit ursächlich im Zusammenhang mit der Schädigung des Menschen stehen oder nicht.

Es wird demnach überprüft, ob ein Schaden, der dem Menschen entstanden ist, von den zuständigen Pflegefachpersonen zu verantworten ist oder nicht. Mit den nun gesetzlich geregelten Vorbehaltsaufgaben der Pflege werden sich Änderungen auf das Haftungsrecht ergeben. So wird zukünftig auch bei haftungsrechtlichen Verfahren zusätzlich zu begutachten sein, ob der festgestellte Pflegebedarf, die Organisation des Pflegeprozesses und die Evaluation der Qualität der Pflege von einer Pflegefachperson im Sinne des Vorbehalts nach § 4 PfIBG verantwortet worden ist. Da Pflegefachpersonen in den allermeisten Fällen auf der Grundlage eines Anstellungsverhältnisses als sogenannte „Erfüllungsgehilfen“ nach § 278 Bundesgesetzbuch tätig sind, werden die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber stärker als bisher in die Pflicht zu nehmen sein. Denn im Falle einer Verurteilung wird demnach die beschäftigende Einrichtung zum Schadensersatz verpflichtet werden (Klie und Weiß 2023; Weidner 2019a).

## 5 Die VAPiK-Studie

Die im Pflegeberufegesetz (PflBG) erstmals definierten und gesetzlich verankerten Vorbehaltsaufgaben sollten Klärung und Sicherheit für Pflegefachpersonen in ihrer Arbeit bringen. Trotz dieses Meilensteins sind die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben jedoch auch rund vier Jahre nach dem Inkrafttreten noch nicht ansatzweise in der Fläche angekommen bzw. umgesetzt und innerhalb der Berufsgruppe ein Thema, das zumeist eher noch mit etlichen Fehlinformationen und Verunsicherung verbunden ist. Darauf basierend und auf der Forderung der Katholischen Krankenhäuser eines Handlungsrahmens zur Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben, wurde die vom DIP konzipierte explorative VAPiK-Studie im Jahr 2023 in acht katholischen Krankenhäusern in Deutschland umgesetzt.

### 5.1 Theoretischer Hintergrund

Die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen ist im Pflegealltag bekanntlich von hoher Dynamik, Komplexität und Unvorhersehbarkeit geprägt. Auf der einen Seite stehen verantwortliche Pflegefachpersonen in der Versorgung tagtäglich vor der Herausforderung, eine Vielzahl von Regeln wie Gesetze, Standards und Leitlinien zu beachten und einzuhalten. Diese lernen sie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung kennen oder sie setzen institutionseigene Regelungen und Verfahrensanweisungen um. Auf der anderen Seite müssen sie die Wünsche, Fähigkeiten und Einschränkungen der kranken und pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen, ihre Rechte achten und nicht selten die Belange der Angehörigen einbeziehen. Diese können sich zudem von Tag zu Tag oder auch kurzfristiger recht schnell ändern. Somit ist der komplexe Pflegealltag zusätzlich häufig von einer widersprüchlichen Spannung zwischen Regeln auf der einen Seite und Wünschen und Fähigkeiten der kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehörigen auf der anderen Seite geprägt. Das heißt, mitunter will oder braucht der zu Pflegenden partout genau das, was sich dem fachlichen Wissen nach eigentlich verbietet, oder aber er möchte etwas nicht, was sich dem Regelwissen nach gerade empfiehlt (Weidner 2019b, Büscher et al. 2023a und 2023b).

Dieses Verständnis der Komplexität professioneller Pflegearbeit entspricht der handlungsorientierten Professionstheorie nach Ulrich Oevermann (s. Abbildung 3). Sie wurde Anfang der 80er Jahre von ihm skizziert und auf verschiedene Handlungsfelder, wie die Soziale Arbeit oder die Pflege, übertragen (Dewe und Otto 2002, Weidner 2011).

Pflege steht im Zusammenhang mit der subjektiven Betroffenheit des Menschen in Form von Einschränkungen seiner Alltagskompetenzen und daraus resultierender Pflegebedürftigkeit, was für den zu pflegenden Menschen existentiell bedeutsam ist. Die Theorie verdeutlicht, dass die Pflegefachpersonen tagtäglich vor besonderen Begründungs- und Entscheidungszwängen stehen, bei denen es darum geht, die bestmögliche Versorgung für die zu pflegende Person im Kontext des Anspruchs der Anwendung von Regelwissen und der Berücksichtigung seiner Wünsche, Fähigkeiten und Einschränkungen sowie der Belange von Angehörigen situativ auszutarieren.

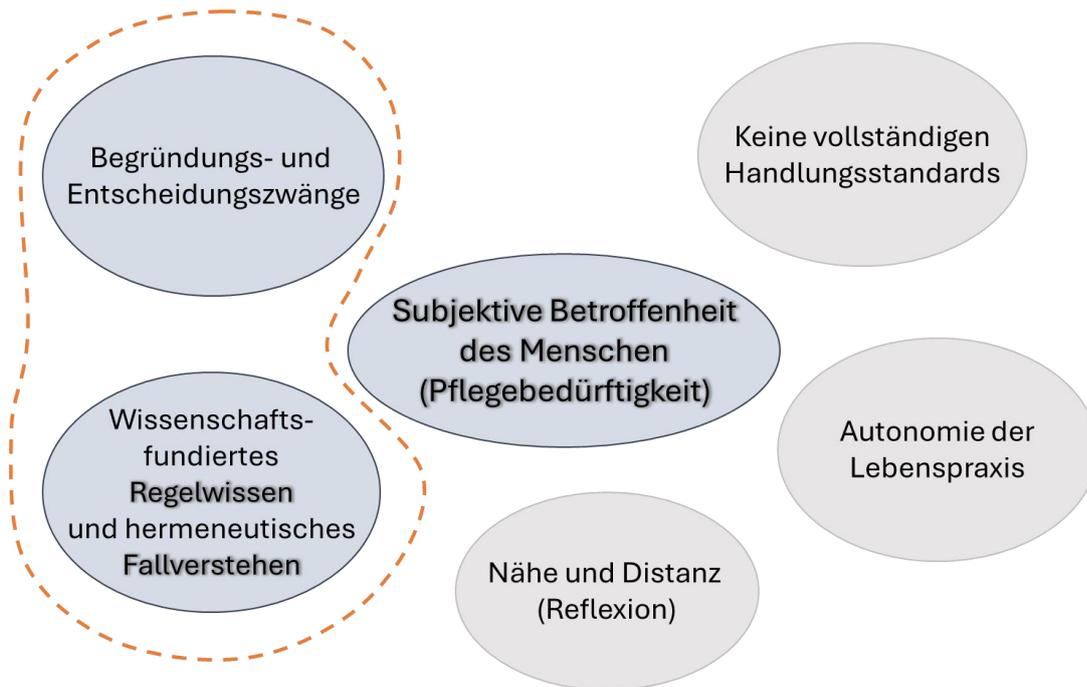


Abbildung 3: Kriterien des professionellen Handelns nach dem handlungsorientierten Ansatz nach Ulrich Oevermann (Weidner 2011, 2019 b)

Sie müssen dabei genau begründen, argumentieren und entsprechend dokumentieren, warum sie etwas machen und warum sie etwas unterlassen. Denn es geht dabei nicht selten auch um existenziell bedeutsame Entscheidungen sowie Leben und Tod. Dies ist typisch für professionelle Pflegeprozesse. Es bedarf dementsprechend besonderer Begründungs- und Entscheidungskompetenzen, um die nicht selten widersprüchlichen Zusammenhänge aus Regel- und situativem Fallverstehen bearbeiten zu können (Weidner 2019b).

So zeigt sich die Professionalität der Pflegefachpersonen jeweils situativ in der Aushandlung einer praktikablen und zu verantwortenden Lösung und das muss bzw. darf nicht immer in der Durchsetzung von Regeln bestehen, sondern soll ausdrücklich die Situation und den Willen des zu versorgenden Menschen berücksichtigen. Dabei müssen die individuell persönliche (soziale) Situation und Sichtweise der zu pflegenden Personen bzw. des Falles jeweils mit einer empathischen und interpretativen Herangehensweise der Pflegefachperson reflektiert betrachtet und verstanden werden, um Entscheidungen bezüglich der pflegerischen Maßnahmen treffen zu können. Professionelles Pflegehandeln wird demnach als eine situations- und fallorientierte Anwendung wissenschaftsbasierten Regelwissens im Rahmen des sogenannten hermeneutischen Fallverstehens unter Berücksichtigung der Respektierung der Wünsche und Autonomie der zu pflegenden Menschen verstanden (Weidner 2019b).

Das der Pflege nun vorbehaltene Recht der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses findet genau in diesem Kontext statt. Dementsprechend wurde dem VAPiK-Projekt die handlungsorientierte Professionstheorie als theoretischer Rahmen zugrunde gelegt. Das pflegerische Vorbehaltsrecht muss vor dem Hintergrund dieser vorhandenen komplexen und widersprüchlichen Kontexte des professionellen Pflegealltags sowie des Anspruchs einer

professionellen Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses verstanden und implementiert werden. 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. Zudem kommt zugute, dass der Gesetzgeber den Pflegeprozess in den Mittelpunkt des § 4 PflBG gestellt hat und die vorbehaltenen Aufgaben daran orientiert und nicht etwa in Form von Einzeltätigkeitskatalogen beschrieben oder geregelt hat. Eine pflegerische Maßnahme allein ohne den fallbezogenen Kontext lässt sich weder als „professionell“ noch als „vorbehaltlich“ darstellen. Pflegerische Vorbehaltsaufgaben müssen also stets im Kontext komplexer und pflegeprozessbezogener Regel- und Fallzusammenhänge im Versorgungsalltag angewendet werden. Sie können daher auch nur so verstanden, analysiert, erlernt und überprüft werden.

## 5.2 Struktureller Rahmen und methodische Herangehensweise

Bei dem vom DIP im Zeitraum von Anfang 2023 bis März 2024 konzipierten und umgesetzte Projekt „Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus“ (VAPiK) handelt es sich um ein exploratives Studiendesign. Diese Herangehensweise wurde gewählt, da die Implementierung der Vorbehaltsaufgaben im Krankenhaus bekanntlich bisher kaum stattgefunden hat und bisher wenig zur Thematik geforscht wurde. Die Ziele des Vorhabens bestehen nun darin, in Bezug auf die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben in der akutstationären Versorgung Arbeitsgrundlagen zu analysieren und bereitzustellen, Deutungen und Erfahrungen zu sammeln und auszuwerten, Lösungen zu entwickeln sowie offene Fragen zu beantworten und aus den Ergebnissen und Erkenntnissen einen Handlungsrahmen zu entwickeln, der zur Klarheit und Rechtssicherheit für Akteurinnen und Akteure, Patientinnen und Patienten sowie Verantwortliche in den Krankenhäusern beitragen soll. Zu erwarten ist, dass dabei zugleich Professionalisierungspotenziale für die Pflegeberufe entfaltet werden können, die Interdisziplinarität gestärkt und die Versorgung der Patientinnen und Patienten gesichert werden kann, ohne die Praktikabilität im Krankenhausalltag überzustrapazieren. Zudem sollen aus den Erkenntnissen Empfehlungen zur Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben für die direkte Versorgungspraxis (Mikroebene), auf Organisations- und Leitungsebene (Mesoebene) sowie auf politischer und gesellschaftlicher Ebene (Makroebene) abgeleitet werden.

Um die Ziele zu erreichen, sollte mit fünf bis zehn Krankenhäusern der Mitgliedseinrichtungen der Katholischen Krankenhäuser in Deutschland zusammengearbeitet werden. Die Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt war, dass sich die Einrichtungen und Mitarbeitenden ausdrücklich schon mit Fragen der Vorbehaltsaufgaben und konkreten Ansätzen der Umsetzung beschäftigt haben. Zudem sollten sich aus jeder Einrichtung mindestens zwei und höchstens fünf Mitarbeitende über den Projektzeitraum etwa eines halben Jahres hinweg konstant am Projekt beteiligen. Zur Rekrutierung wurde vom DIP zum Start des Vorhabens im März 2023 in Zusammenarbeit mit den Katholischen Krankenhäusern eine virtuelle Informationsveranstaltung organisiert und umgesetzt (s. Kapitel 5.2).

Für die Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Krankenhäusern wurden auch aus zeitökonomischen Gründen virtuelle Workshops gewählt. Insgesamt sollten über den Projektzeitraum verteilt etwa fünf virtuelle Workshops à 3 Stunden Dauer stattfinden. Mit Blick auf den Prozess eines gemeinsamen Erkenntnisinteresses und -gewinnes kann die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen in den Workshops in Anlehnung an die Methodik der Aktionsforschung verstanden werden. Die Mitarbeitenden aus den Einrichtungen sind im Projekt demnach als Co-Forscherinnen und Co-Forscher zu verstehen, der Erkenntnisgewinn ist ausdrücklich formaler und nicht nur summativer Natur (Mayer 2011).

Ein besonderer Fokus lag im Projekt auf der methodischen Herangehensweise der Fallarbeit und -analyse (Mayer 2011). Basierend auf dem Vorverständnis professionellen Pflegehandelns, können die Vorbehaltsaufgaben nur im Kontext der Komplexität verschiedener Fallsituationen verstanden, erlernt und überprüft werden. So wurden die Teilnehmenden aus den Krankenhäusern gebeten, typische Fälle aus verschiedenen Settings der Versorgungspraxis einzubringen, die in einem gemeinsamen Erarbeitungsprozess in Bezug auf die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben reflektiert, analysiert und interpretiert wurden. Zur Annäherung wurden zu Beginn der Workshops, aber auch zwischendurch Referenzbeispiele seitens des DIP zur Sensibilisierung und Einübung in die Workshops eingebracht. Die Fälle sollten von den Teilnehmenden der Krankenhäuser anhand folgender Fragestellungen dargestellt werden. Die Fragestellungen sind zugleich die Grundlage der Analyse von Seiten des DIP.

- Wer ist Berichterstattender/um welche Abteilung/Versorgungsbereich geht es?
- Was ist der vorliegende Fall? Um was geht es, welche Professionen sind beteiligt?
- Liegt ein Vorbehaltsfall vor? Was ist der Vorbehaltscharakter im Fall?
- Was ist das Problem?
- Wurde ein Vorbehalt nicht beschrieben und begründet?
- Wurde ein Vorbehalt nicht kommuniziert?
- Ist ein Vorbehalt nicht in die interdisziplinäre Versorgung/Behandlung des Falls eingeflossen?
- Gibt es weitere problematische Aspekte?
- Was ist zu tun? Wie sollte zukünftig gehandelt werden?
- Was ist das Besondere und das Allgemeine im Fall?

Neben der Fallarbeit und -analyse lag ein weiterer Fokus auf der Betrachtung von Regelungsgrundlagen im Sinne professionellen Regelwissens, da diese einen großen Einfluss auf Arbeitsprozesse und Arbeitsverteilungen in der Pflege im Krankenhaus nehmen. Hierzu zählen sowohl externe als auch institutionseigene Regelungsgrundlagen.

Unabhängig von den eingebrachten Regelungsgrundlagen aus den teilnehmenden Krankenhäusern wurde zuvor bereits eine unsystematische Recherche zu relevanten externen Regelungsgrundlagen insbesondere mit Blick auf die pflegerische und/oder interdisziplinäre Versorgung durchgeführt, die in die Betrachtung der Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben in der Krankenhausversorgung einbezogen werden können. Dazu wurde u.a. auf verschiedenen

Websites z.B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) nach Richtlinien, Gesetzen, Leitlinien sowie Standards recherchiert und entsprechende Regelungsgrundlagen exemplarisch einbezogen mit Blick darauf, ob sie Relevanz für das pflegerische Vorbehaltsrecht haben und dem ggf. bereits gerecht werden oder nicht.

Diesbezügliche Ergebnisse wurden den Mitarbeitenden aus den teilnehmenden Krankenhäusern im Austausch in den Workshops dargestellt und einzelne einflussnehmende Regelungsgrundlagen bei der gemeinsamen Betrachtung von Fällen mit eingebracht. Ebenso sollten auch interne Regelungsgrundlagen wie Leitlinien, Standards, Verfahrensanweisungen oder auch Stellenbeschreibungen etc. aus den Krankenhäusern dahingehend betrachtet werden, ob sie Relevanz für das pflegerischen Vorbehaltsrecht haben und diesem ggf. bereits gerecht werden oder nicht. Hierfür wurden die Teilnehmenden gebeten, entsprechende Dokumente exemplarisch aus ihren Einrichtungen zur Bearbeitung im Kontext des Vorhabens zur Verfügung zu stellen.

Die Betrachtungen, Diskussionen und Entwicklungsprozesse innerhalb der Workshops wurden jeweils vom DIP dokumentiert und in Form von Ergebnisprotokollen festgehalten. Diese wurden den Teilnehmenden aus den Krankenhäusern im Nachgang zu den Workshops zur Verfügung gestellt und einzelne Ergebnisse in folgenden Workshops nochmal aufgegriffen und gemeinsam reflektiert. Zudem wurden die Ergebnisse und Erkenntnisse der Auswertung der eingebrachten Fälle und Regelungsgrundlagen aus den Einrichtungen sowie der recherchierten externen einflussnehmenden Regelungsgrundlagen zur Übersichtlichkeit vom DIP in zwei eigenen kategorisierten Übersichtstabellen festgehalten. Die Ergebnisprotokolle der Workshops und die zwei Übersichtstabellen dienten der abschließenden zusammenführenden Auswertung aller Ergebnisse und Erkenntnisse mit Erstellung des Handlungsrahmens in der Versorgungspraxis sowie der Ableitung von Empfehlungen für die Krankenhauspraxis, Verantwortung und Rolle von Krankenhäusern als Arbeitgeber sowie die Politik. Die Ergebnisse werden im Kapitel 6 beschrieben.

### **5.3 (Informationsveranstaltung und) Teilnehmende Projekteinrichtungen**

Den eigentlichen Auftakt des Projektes stellte eine Ende März 2023 vom DIP in Zusammenarbeit mit den Katholischen Krankenhäusern organisierte und durchgeführte dreistündige virtuelle Informationsveranstaltung zu Vorbehaltsaufgaben in der Pflege dar. Das Ziel der Veranstaltung bestand in erster Linie darin, verantwortliche Akteurinnen und Akteure in der Versorgungspraxis zum Thema zu sensibilisieren und fünf bis zehn Krankenhäuser für die Teilnahme an der VAPiK-Studie zu gewinnen. Dementsprechend richtete sich die Informationsveranstaltung vor allem an interessierte Verantwortliche aus den Mitgliedseinrichtungen der Katholischen Krankenhäuser.

Insgesamt nahmen rund 80 Personen aus rund 60 Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen an der Informationsveranstaltung teil. Es wurden grundlegende Informationen zu den

rechtlichen, theoretischen und fachlichen Grundlagen der Vorbehaltsaufgaben und zum Projekt VAPiK im Rahmen von Vorträgen des DIP sowie von Mitgliedern des TT VA zum Thema vermittelt. So führte der Jurist Thomas Weiß in wesentliche rechtliche Zusammenhänge der Vorbehaltsaufgaben ein, die Pflegewissenschaftlerin Erika Sirsch fokussierte zentrale Implikationen des Vorbehaltsrechts auf die Akutpflege mit dem Schwerpunkt Krankenhäuser. In der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmenden zu zentralen Aspekten wurde deutlich, dass noch viele offene Fragen und Herausforderungen bestehen, aber auch, dass es bereits konkrete Ansätze und Projekte gibt, die sich damit beschäftigen. Die Diskussion hat gezeigt, dass es ein großes Interesse und Bedarf an weiterem Austausch und Vertiefung des Themas gibt.

Insgesamt konnten im Nachgang zu der Informationsveranstaltung bundesweit acht Mitgliedseinrichtungen der Katholischen Krankenhäuser mit 26 teilnehmenden Mitarbeitenden aus verschiedenen Leitungsebenen und der klinischen Versorgung für die Teilnahme an VAPiK gewonnen werden. Die Mehrheit der teilnehmenden Mitarbeitenden hat eine akademische Ausbildung und Positionen in Stabsstellen oder leitenden Positionen inne. Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelte es sich um die folgenden Krankenhäuser:

- Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg
- GFO Kliniken Südwestfalen mit dem St. Martinus-Hospital in Olpe
- GFO Kliniken Bonn
- Kinderklinik Dritter Orden in Passau
- St. Josefs-Hospital in Wiesbaden
- St. Josefs-Hospital Rheingau
- St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr
- St. Marien-Krankenhaus in Ahaus

Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelt es sich sowohl um einzelne Krankenhäuser als auch um Mitgliedseinrichtungen aus Krankenhausverbänden in katholischer Trägerschaft. Die Krankenhäuser bieten ein unterschiedlich großes Spektrum der medizinischen und pflegerischen Versorgung an. Auch eine Kinderklinik ist mit dabei, Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung jedoch nicht. Die Größe der einzelnen Krankenhäuser variiert zwischen ca. 80 und 500 Planbetten. Sie stellen als Einzeleinrichtungen oder im Verbund zum Teil den größten Gesundheitsdienstleister in der jeweiligen Region dar. Außer einer Einrichtung verfügen alle auch über eigene Krankenpflegefachschulen sowie Fort- und Weiterbildungsangebote. Einzelne Einrichtungen fungieren zudem als akademisches Lehrkrankenhaus.

## 5.4 Workshops

Im monatlichen Rhythmus fanden von April bis September 2023 insgesamt fünf dreistündige virtuelle Workshops mit den Projekteinrichtungen unter Federführung des DIP statt. Sie stellen die (Haupt-)Informations- und Datengrundlage für das Projekt dar. Insgesamt nahmen an den Treffen bis zu 20 Personen aus den acht Einrichtungen teil. Inhaltlich wurden die Workshops übergeordnet in die Themen Kennenlernen und Einführung ins Projekt, gesetzliche und

theoretische Grundlagen, Sammlung und Diskussion von Fallbeispielen aus der Praxis, Sammlung und Diskussion von Regelungsgrundlagen aus der Praxis sowie Analyse und Systematisierung der Fälle, der Regelungsgrundlagen und weiteren Erfahrungsberichte und Einschätzungen gegliedert. Es wurden verschiedene Präsentationen aus den Projekteinrichtungen sowie Impulsbeiträge seitens des DIP eingebracht und zur Diskussion gestellt. Zudem hatten die Teilnehmenden jederzeit die Möglichkeit, ihnen aufkommende Fragen im Rahmen der Workshops anzusprechen und zur Diskussion zu stellen. Die Workshops wurden in Form von Protokollen zum Zwecke der Ergebnissicherung und Auswertung dokumentiert. Die Ergebnisprotokolle wurden den Teilnehmenden im Nachgang zu den Workshops zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse aus vorherigen Workshops wurden jeweils in den folgenden Workshops mit eingebracht und zusammen mit den Ergebnissen weiterer Recherchen in die abschließende Auswertung mit einbezogen.

Neben dem gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmenden aus den verschiedenen Krankenhäusern wurden im ersten Workshop im April 2023 zunächst VAPiK mit den Hintergründen, Grundlagen und Zielen vorgestellt sowie in knappen Zügen die handlungsorientierte Professionstheorie (Regelwissen und Fallarbeit) erläutert. Auch wurden gegenseitige Erwartungen an das Vorhaben geklärt und erste Erfahrungen, Eindrücke sowie Einschätzungen aus den Einrichtungen gesammelt, welche Bedeutung das Thema der Vorbehaltsaufgaben im Klinikalltag bisher hatte bzw. zukünftig haben sollte.

In den folgenden vier Workshops im Mai, Juni, Juli und September 2023 wurde eingangs jeweils über die zwischenzeitlich stattgefundenen relevanten Entwicklungen in den Einrichtungen sowie stattgefundenen oder geplanten Interventionen zur weiteren Forcierung der Sensibilisierung und Umsetzung zu Vorbehaltsaufgaben berichtet. Zudem wurden im Rahmen des zweiten bis vierten Workshops gemeinsam insgesamt 13 gesammelte Fallbeispiele aus der Versorgungspraxis aus den Einrichtungen, unter Bezugnahme auf die handlungsorientierte Professionstheorie nach Oevermann (Regelwissen und Fallverstehen), intensiv betrachtet und diskutiert. Es wurde eingeschätzt und diskutiert, in welchen Fällen es sich um Vorbehaltsaufgaben der Pflege handelt, wo es Grauzonen gibt und was nicht unter Vorbehaltsrecht zu subsumieren ist. Die Fallbeispiele wurden dem DIP von den Teilnehmenden im Vorfeld der jeweiligen Workshops auf Basis der zugrunde liegenden Fragestellungen zugesandt und vorab vom DIP analysiert. Außerdem brachte das DIP mit dem Ziel der Annäherung an das Fallverstehen im Kontext der Vorbehaltsaufgaben zur weiteren Verdeutlichung zusätzlich insgesamt drei Referenz-Beispiele ein.

Bei den gesammelten und bearbeiteten Fallbeispielen handelt es sich um Situationen im Pflegealltag, wie etwa das Delirmanagement in der Abgrenzung medizinischer zu pflegerischen Aufgaben, Fragen der Selbstständigkeitsförderung bei Patientinnen und Patienten in Abgrenzung zu einschränkenden diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren der Medizin, der Erhebung von Stammdaten bei Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Verantwortungsübernahme oder auch das Entlassmanagement und die darin eingebettete Aufgabe der Einschätzung des weiteren Pflege- und Unterstützungsbedarfs.

Des Weiteren wurden ab dem dritten Workshop externe Regelungsgrundlagen, zugrundeliegende Normen und Regelwissen, die bei den entsprechenden Fällen für Klärung sorgen können, vom DIP recherchiert und in die Diskussionen mit eingebracht. Im vierten Workshop im Juli 2023 wurde der Fokus dann auf die Betrachtung einrichtungsinterner Regelungsgrundlagen in Bezug auf die Berücksichtigung von Vorbehaltsaufgaben gelegt. Bei den betrachteten Dokumenten, die von den Teilnehmenden aus den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden, handelt es sich um verschiedene Stellenbeschreibungen, Checklisten, Prozessbeschreibungen und Aufgabenbeschreibungen in Bezug auf bestimmte Interventionen und Tätigkeiten. Im letzten Workshop im September 2023 stellten die Teilnehmenden abschließend ihre bisher wahrgenommenen Entwicklungen und weiter geplanten Interventionen in ihren Einrichtungen vor und es wurde als ein Analyseergebnis vom DIP eine erste mögliche Systematisierung von Vorbehaltsaufgaben in der Pflege zur Reflexion gestellt.

Insgesamt konnten in den Workshops in einem gemeinsamen Prozess, bei der Betrachtung der eingebrachten Fallbeispiele und Regelungsgrundlagen, Aspekte des Vorbehalts identifiziert, die Projektteilnehmenden aus den Krankenhäusern für die Herangehensweise der Betrachtung und Umsetzung sensibilisiert und Entwicklungsprozesse in den Einrichtungen identifiziert werden. Auch konnten dabei Problemfelder bzw. Stolperfallen im Hinblick auf die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben entdeckt werden, die noch Anpassungen bzw. besonderen Augenmerks bedürfen.

## 5.5 Begleitende Öffentlichkeitsarbeit zu VAPiK

Begleitend zu der Auswertung von Regelungsgrundlagen und der Datensammlung und Fallarbeit im Rahmen der Workshops mit den beteiligten Einrichtungen wurden verschiedene Maßnahmen begleitender Öffentlichkeitsarbeit umgesetzt. Dazu zählen die Erstellung einer eigenen Projekt-Website, eine Pressemitteilung, Vorträge auf zwei Pflegekongressen, eine Veranstaltung in einer beteiligten Projekteinrichtung sowie mehrere Publikationen in Pflegefachzeitschriften.

Aufgrund der aktuellen Präsenz des Themas der Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben wurde gleich zu Beginn der Projektumsetzung eine Projekt-Website erstellt, die als umfassende Wissensquelle für Fachpersonen im Gesundheitswesen und weitere Interessierte dient, um sich über die Bedeutung und Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben in der Pflege zu informieren (s. Abbildung 4). Die Webseite ist unter dem Link <https://www.vapik.de> oder auch unter <https://www.vorbehaltsaufgaben-pflege.de/> aufrufbar. Neben dem Vorhaben VAPiK ist auch der Think Tank Vorbehaltsaufgaben in die Website eingebunden. In den Hauptreitern finden sich Informationen mit Erklärungen, Links und Dokumenten, Informationen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern rund um den TT VA sowie auch Hinweise zu bevorstehenden Veranstaltungen. Ein weiterer, nicht-öffentlicher Bereich der Website ist auf VAPiK bezogen, in dem u.a. die Teilnehmenden passwortgeschützt auf Unterlagen zugreifen konnten. Hier konnten vertrauliche Dokumente ausgetauscht werden, Diskussionen geführt und Protokolle und die Fälle aus der Fallarbeit eingesehen werden.



Abbildung 4: Screenshot der Projektwebseite <https://www.vapik.de>

Zudem wurde direkt zu Beginn der Projektumsetzung im April 2023 eine Pressemitteilung zum Projekt auf der Homepage des DIP sowie über deren E-Mail-Kontakte und Netzwerke, auch in Pflegezeitschriften, veröffentlicht. Die Pressemitteilung gab einen kurzen Einblick in die Hintergründe von Vorbehaltsaufgaben und es wurde auf den Start von VAPIK mit Einbezug von acht Krankenhäusern sowie die entstandene Website aufmerksam gemacht.

Des Weiteren wurden jeweils ein Vortrag mit dem Titel "Impulsvortrag Pflegerische Vorbehaltsaufgaben gem. §4 PflBG – Zum Stand der Dinge" im September 2023 auf dem Deutschen Pflergetag in Berlin sowie ein Vortrag mit dem Titel "Erste Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Projekt VAPIK" im November 2023 auf dem 21. Gesundheitspflege-Kongress in Hamburg gehalten. In dem Vortrag auf dem Deutschen Pflergetag in Berlin wurden das Pflegeberufereformgesetz sowie das Pflegeberufegesetz und die darauf bezogenen pflegfachlichen und rechtlichen Einschätzungen sowie Begründungszusammenhänge aus den Arbeiten des TT VA als auch die Projekthintergründe und Vorgehensweisen sowie erste Erkenntnisse zum damaligen Stand vorgestellt. In dem Vortrag auf dem Gesundheitspflege-Kongress in Hamburg standen die Hintergründe und das Grundverständnis zu Vorbehaltsaufgaben, der Ablauf des Projektes sowie die Darstellung von Zwischenergebnissen im Fokus.

Außerdem haben projektbegleitend bereits mehrere Artikelanfragen zum Projekt VAPIK und dessen Ergebnissen stattgefunden. Ein Artikel mit dem Titel "Pflege im Krankenhaus: Das Projekt VAPIK" wurde bereits Anfang Januar 2024 in der Springer Pflege Zeitschrift veröffentlicht (Weidner und Harder 2024). In dem Artikel sind die Hintergründe und Grundlagen des Projektes, dessen Ablauf sowie erste Erkenntnisse vom Stand Oktober/November 2023 dargestellt. Ein weiterer Artikel/weitere Artikel mit den Projektergebnissen ist/sind nach Projektende geplant.

## 6 Ergebnisse der VAPiK-Studie

Im vorliegenden Kapitel wird ein vertiefender Blick auf eine Vielzahl von Fallsituationen geworfen, die während der Diskussionen mit den Teilnehmenden auftraten. Diese Fälle wurden von den Mitarbeitenden selbst eingebracht, um gemeinsam zu analysieren, inwiefern sie Vorbehaltsaufgaben der Pflege darstellen. Die Szenarien spiegeln die realen Herausforderungen und Entscheidungsprozesse wider, denen Pflegefachpersonen in ihrem beruflichen Alltag gegenüberstehen. Vorerst findet eine Gruppierung der Fälle nach thematischen Schwerpunkten statt und im Anschluss werden die zentralen Ergebnisse erörtert. Abgerundet werden die Erkenntnisse mit dem Blick auf externe und interne Regelungsgrundlagen, die Einfluss auf die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben nehmen.

### 6.1 Fallauswertungen

In den Workshops mit den teilnehmenden Einrichtungen wurden insgesamt 13 Fallbeispiele eingebracht. Drei weitere Beispiele wurden vom DIP ergänzt. Die Gruppierung der Fälle erfolgte nach thematischen Schwerpunkten, um eine strukturierte Betrachtung und Analyse zu ermöglichen. Jeder Fall vermittelt einzigartige Einblicke in die komplexen Facetten der Pflegepraxis und beleuchtet die Herausforderungen, mit denen Pflegefachkräfte im Krankenhaus konfrontiert sind. Die gesammelten und bearbeiteten, anonymisierten und z.T. modifizierten Fallbeispiele behandeln beispielsweise Situationen im Alltag, wie etwa das Delirmanagement in der Abgrenzung medizinischer zu pflegerischen Aufgaben, Fragen der Selbstständigkeitsförderung bei Patientinnen und Patienten in Abgrenzung zu einschränkenden diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren der Medizin oder auch das Entlassmanagement und die darin eingebettete Aufgabe der Einschätzung des weiteren Pflege- und Unterstützungsbedarfs.

#### 6.1.1 Übersicht

Die folgende Gliederung gibt einen strukturierten Überblick über die vielfältigen Aspekte der Pflegepraxis, die in den analysierten Fallsituationen zum Tragen kommen. Sie werden hier unterschieden nach grundlegenden Situationen, intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit sowie nach interinstitutioneller Kooperation. Diese Einteilung hat sich als ein Ergebnis aus der Bearbeitung der Fälle ergeben. Die folgenden Fallbeschreibungen sind stark verkürzt; ausführlichere Steckbriefe der einzelnen Fälle finden sich im Anhang.

#### Grundlegendes

Fall „Wissenstransfer“: Bericht zu einer Besprechung zum Wissenstransfer zu Vorbehaltsaufgaben mit Leitungen und Praxisanleitungen. Ziel dieser Besprechung war, dass die Teilnehmenden Multiplikatoren für das gesamte Personal und die Auszubildenden werden, um die Bedeutung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege zu verdeutlichen.

## **Intraprofessionelle Zusammenarbeit**

Fall „Anreichen von Mahlzeiten“: Ein Patient mit Pneumonie-Risiko erhält regelmäßige Mobilisation. Eine Krankenpflegehilfskraft teilt die Mahlzeiten unter Zeitdruck aus und der Patient ist damit einverstanden im Bett zu essen. Die zuständige Pflegefachperson hat alle Maßnahmen, wie auch die Mahlzeiten, zugunsten einer ausreichenden Mobilisation geplant. Diese Maßnahmen werden durch die Krankenpflegehilfskraft nicht korrekt ausgeführt.

Fall „Erhebung Anamnese“: Die Pflegeanamnese/Informationssammlung erfolgt via Stammblatt bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten und wird häufig von Auszubildenden und ungelerntem Personal übernommen.

Fall „Interessenskonflikt Hygiene vs. Sturzprophylaxe“: Ein dementiell veränderter Patient mit einer Hinlauftendenz hat eine erhöhte Sturzgefahr. Da Bettgitter die Gefahr eines Sturzes erhöhen, entscheidet die Pflegefachperson sich für eine Matratze auf dem Boden. Die Hygienefachperson äußert Bedenken bzgl. der hygienischen Bedingungen und möchte, dass die Matratze entfernt wird.

## **Interprofessionelle Zusammenarbeit**

Fall „Dauerkatheter“: Eine Pflegefachperson entscheidet sich, entgegen der ärztlichen Verordnung einer Anlage eines Dauerkatheters, gemeinsam mit der Patientin zu einer Einmalkatheterisierung. Ihre Begründung liegt in der Erhaltung der Selbstständigkeit der Patientin und in der Vermeidung einer Infektion durch den liegenden Dauerkatheter.

Fall „Entscheidungskompetenz“: Im Übergang von einer Abteilung der Klinik in eine andere wurde bzgl. des pflegerischen Schmerzmanagements keine Verlaufskontrolle und kein Assessment durch die zuständigen Pflegefachpersonen durchgeführt. Die betreffende Patientin lehnt die Schmerzmittel ab und wird von einer Pflegefachperson überredet, diese zu nehmen. Außerdem äußert die Patientin den Wunsch zu rauchen.

Fall „Prophylaxe bei Chemotherapie“: Eine Patientin mit Mamma-Ca wird über mögliche Nebenwirkungen von der Chemotherapie und Bestrahlung durch einen Arzt oder eine Ärztin aufgeklärt. Nebenwirkungen, die sich auf die Pflege auswirken, und deren Prophylaxe fehlt in diesen Aufklärungsgesprächen. In der Fallbeschreibung stellte sich die Frage, ob Pflegefachpersonen beraten dürfen.

Fall „Beratungsaspekt aktivierende Pflege“: Alle Patientinnen und Patienten erhalten eine therapeutisch aktivierende Pflege im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung. Während der pflegerischen Anamnese erheben die Pflegefachpersonen den individuellen Pflegebedarf und erstellt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten einen Pflegeplan. Während der wöchentlichen interdisziplinären Besprechung nehmen nicht die betreffenden

Pflegefachpersonen teil, sondern die pflegerische Leitung. Dadurch ist die Zielsetzung nicht immer im Sinne der Patientin oder des Patienten formuliert.

Fall „Delirmanagement“: Prozessbeschreibungen der orthogeriatrischen Zusammenarbeit, gemäß GBA-Richtlinie, verorten einen Großteil der Aufgaben bei Pflegefachpersonen (die Erhebung des Barthel, des 4AT, ICDSC (Intensivstation) ISAR Score, Schmerzen etc.). Delirprävention und nicht-medikamentöse Therapie fallen in den Aufgabenbereich der Pflege und die medikamentöse Therapie soll erst angewandt werden, wenn die Maßnahmen, die durch die Pflege durchgeführt werden, nicht ausreichend sind. Pflegefachpersonen planen und veranlassen die Maßnahmen dieser Prävention nicht.

Fall „Infusionstherapie“: Ein Kind mit der Diagnose „Gastroenteritis“ erhält zwei verschiedene Dauertropfinfusionen mit Elektrolyten und Glucose verabreicht. Nach einigen Tagen hat sich das Kind stabilisiert, die Schleimhäute sind nicht mehr so trocken, das Hautkolorit rosig und das Kind hat Appetit, isst und trinkt. Die Pflegefachperson beschließt daraufhin die Dauertropfinfusion zu reduzieren und teilt dies dem zuständigen Stationsarzt in der etwa 2 Stunden späteren Visite mit.

Fall „Soorbehandlung“: Ein Neugeborenes zeigt sich mit einigen roten, teilweise offenen Stellen mit Pusteln im Windelbereich. Da die zuständige Pflegefachperson bereits mehrfach einen solchen Soor gesehen hat und gerade kein Arzt oder eine Ärztin in der Nähe ist, reinigt sie die Hautoberfläche mit abgekühltem Schwarztee, um die entzündeten Stellen zu verringern. Zusätzlich trägt sie eine Zinksalbe auf. Bei der nächsten Versorgungsrunde zeigt sie den Windelbereich dem zuständigen Dienstarzt, der im Anschluss eine Infektosoor-Zinksalbe anordnet.

Fall „Wundaufgabe“: Die Pflegefachperson erkennt eine Wundveränderung, legt eine neue Wundbeschreibung an und schaltet die Wundexpertin des Krankenhauses zur Mitbegutachtung ein. Die Wundexpertin empfiehlt die Art der Wundaufgabe zu wechseln und die Pflegefachperson gibt die Information an den Oberarzt weiter. Der Oberarzt lehnt die Anordnung ab und bittet bei der alten Wundaufgabe zu bleiben. Pflegefachperson und Wundexpertin beziehen sich auf ihre Durchführungsverantwortung und lehnen die Verwendung der alten Wundaufgabe ab.

Fall „Mobilisation“: Eine Patientin mit fortgeschrittener Multipler Sklerose weist schwere Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer Mobilität aufgrund mangelnder Kraft und Koordinationsfähigkeiten auf. Sie erhält Physiotherapie. Im Rahmen der Erhebung des Pflegebedarfs setzt die Pflegefachperson das Ziel, einen sicheren Transfer vom Bett zum Rollator und die selbstständige Bewegung mit Rollator zu unterstützen. Im Rahmen der Physiotherapie wird Treppensteigen geübt, jedoch nicht das Aufstehen aus dem Bett und der Gang mit Rollator.

Fall „Schmerzmanagement“: Eine Patientin erhält Chemotherapie. Für die intermittierend auftretenden Schmerzen ist eine Bedarfsmedikation angeordnet. In Absprache mit der Patientin

in einer mittelgradigen Schmerzsituation gibt die Pflegefachperson kein Medikament, sondern führt eine nichtmedikamentöse pflegerische Intervention in Form einer speziellen Lagerungstechnik durch. Die Pflegefachperson kann den Stationsarzt nicht zeitnah über die Durchführung dieser Maßnahme informieren. Er bemerkt zufällig, dass keine Bedarfsmedikation verabreicht wurde und wirft der Pflegefachperson die Nichtbeachtung seiner Anordnung vor. Die Patientin ist mit der Situation insgesamt jedoch zufrieden und gibt eine leichte Besserung der Schmerzen an.

Fall „Blutzuckermanagement“: Ein Patient mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus ist kognitiv und motorisch in der Lage, Blutzuckerkontrollen und Insulininjektionen vorzunehmen. Es liegt ärztliche Anordnung vor, dass Blutzuckerkontrolle und s.c.-Injektion durch Pflegefachpersonen zu erfolgen hat. Die zuständige Pflegefachperson plant allerdings eine stufenweise Anleitung und Begleitung des Patienten mit Ziel des selbstständigen Blutzucker-Managements, da er vor dem Krankenhausaufenthalt auch selbstständig übernommen hat.

### **Interinstitutionelle/sectorenübergreifende Zusammenarbeit**

Fall „Entlassungsmanagement“: Für die Beantragung von Anschlussheilbehandlungen/Rehabilitationsmaßnahmen wird eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit/Selbstständigkeit benötigt (Barthel-Index). Die Einschätzung der Selbstständigkeit/Pflegebedürftigkeit wird häufig durch das ärztliche Personal vorgenommen und weitergeleitet.

#### **6.1.2 Drei Wirkungsfelder**

In Vorbereitung auf die Umsetzung von VAPiK bestand die Annahme, dass sich relevante Fälle des Vorbehaltsrechts vor allem in interprofessioneller und in sektorenübergreifender Zusammenarbeit abspielen dürften und hier insbesondere in der Auseinandersetzung bzw. in Aushandlungsprozessen mit Ärztinnen und Ärzten. Schnell zeigte sich jedoch, dass es zunächst häufig intraprofessionelle Klärungsprozesse sind, die am Anfang der Auseinandersetzung mit dem pflegerischen Vorbehaltsrecht in Krankenhäusern den Diskurs dominieren. Denn plötzlich taucht die Frage auf, ob eine erfahrene Krankenpflegehelferin oder ein erfahrener -helfer noch bestimmte Tätigkeiten ausüben und Entscheidungen treffen darf. Das Vorbehaltsrecht wird also nicht selten zunächst als ein Eingriff in die Routinen und Aufteilungen von Aufgaben innerhalb der Berufsgruppe der Pflege verstanden, was ja durchaus auch zutrifft.

Grundsätzlich geht es bei Vorbehaltsaufgaben immer darum, ob die Aufgabe pflegeprozessual begründet ist oder nicht, d.h. eine Pflegeprozessgestaltung nach § 4 PfIBG muss als Grundlage vorhanden sein. Im nächsten Schritt gilt es zu differenzieren, welche Art der Zusammenarbeit es betrifft, denn dies hat eine Auswirkung auf die Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben. Und es geht immer um Aushandlungsprozesse zu Entscheidungen und Verantwortlichkeiten zwischen beteiligten Akteurinnen und Akteuren mit dem Ziel, eine möglichst gute Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Ein zentrales Ergebnis aus den Auswertungen der Einschätzungen, Erfahrungen und der Fallbesprechungen

ist die Feststellung, dass sich die Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus mit ihren Aushandlungsprozessen auf drei sogenannte Wirkungsfelder beziehen: auf das intraprofessionelle Wirkungsfeld, das interprofessionelle und das intersektorale bzw. interinstitutionelle Wirkungsfeld (siehe Abbildung 5).

Das **Wirkungsfeld der intraprofessionellen Zusammenarbeit** zwischen den Pflegefachpersonen und Pflegeassistenzkräften, Auszubildenden etc. ist im Hinblick auf die Umsetzung des Vorbehaltsrechts eine nicht zu unterschätzende Herausforderung für die Praxis. Denn das neue Vorbehaltsrecht schränkt Assistenzpersonal und Auszubildende in der selbstständigen Ausübung von Vorbehaltsaufgaben ein und verändert damit offensichtlich einige bestehende Routinen im Krankenhaus. Die Fallbeispiele „KPH reicht Mahlzeiten an“, „Anamnese“ und „Interessenskonflikt Sturz vs. Hygiene“ bilden dieses Wirkungsfeld ab, da sie die Themen Verantwortungsübernahme für die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, Verantwortungsübernahme bei Übertragung von Aufgaben an Pflegehilfskräfte und fachliche Aushandlungsprozesse adressieren.

Des Weiteren geht es um das **Wirkungsfeld der interprofessionellen Zusammenarbeit** mit allen anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Hier liegt eine besondere Herausforderung darin, dass Berufsgruppen wie etwa die Ärzteschaft häufig keinerlei Informationen zum neuen Vorbehaltsrecht der Pflege haben. Auch hier treten bestehende Routinen in Krankenhäusern zutage, die klar gegen das geltende Vorbehaltsrecht der Pflege verstoßen. Die Notwendigkeit von pflegeprozessualer Begründungs- und Argumentationskompetenz in Aushandlungsprozessen in interprofessionellen Teams wird durch die Fälle „Dauerkatheter“, „Entscheidungskompetenz“, „Blutzuckermanagement“, „Schmerzmanagement“ und „Mobilisation“ abgebildet. Bestehende Routinen in den Krankenhäusern und damit die Eröffnung möglicher neuer Handlungsfelder unter dem Vorbehaltsrecht der Pflege zeigen sich in den Fällen „Prophylaxe bei Chemotherapie“, „Beratungsaspekt aktivierende Pflege“ und „Delirmanagement“. Die Fälle „Infusionstherapie“, „Soorbehandlung“ und „Wundauflage“ beleuchten den Aufgabenbereich der ärztlichen Delegation, der anstehenden Aushandlungsprozesse im Lichte des Vorbehaltsrechts, aber auch deren Graubereiche.

Das dritte und letzte **Wirkungsfeld besteht in den institutions- und sektorenübergreifenden Kooperationen**. Eine wesentliche Komponente ist hier beispielsweise das Entlassmanagement, wie es auch im Fallbeispiel „Entlassmanagement“ abgebildet wird. Hier ist es üblich, dass häufig in den sogenannten „Arztbriefen“ auch Feststellungen zum fortbestehenden Pflege- und Unterstützungsbedarf getroffen und ggf. sogar auch anschließende häusliche Krankenpflege verordnet wird, ohne dazu regelhaft eine Pflegefachperson zur Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs hinzuzuziehen.

Hier ist zu betonen, dass diese Ergebnisse explorativer Natur sind, d.h. sie entbehren jeder Repräsentativität und lassen keine Aussagen zu, in welchen Wirkungsfeldern sich wie häufig Aushandlungsprozesse im Hinblick auf das Vorbehaltsrecht heute oder auch zukünftig ereignen. Aber die Ergebnisse repräsentieren und bestätigen, dass sich das Vorbehaltsrecht in komplexen Versorgungssituationen zeigt und sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch zwischen den Berufsgruppen und Institutionen zusätzliche Klärungs- und Aushandlungsprozesse erforderlich macht, bisherige Routinen und Abläufe hinterfragt werden müssen und relevante Regelwerke nach Möglichkeit angepasst werden müssen.

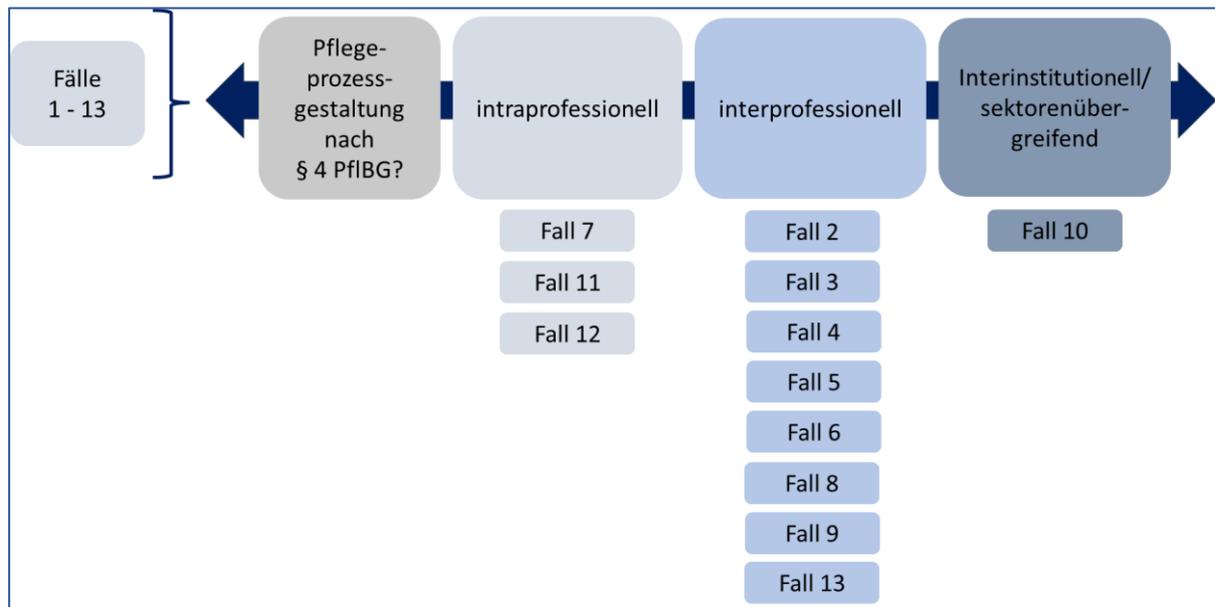


Abbildung 5: Drei Wirkungsfelder der Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus im Kontext der Fallauswertungen

## 6.2 Regelungsgrundlagen

Im Rahmen des Projekts stand die eingehende Recherche und Analyse der Regelungsgrundlagen im Fokus. Besonders für Krankenhäuser erweist sich die Vielzahl an einschlägigen Regelungen als facettenreiches Gefüge. Hierzu zählen Berufsgesetze, Rahmenverträge mit Verbänden der Kostenträgerseite, G-BA-Richtlinien, nationale und internationale Leitlinien sowie weitere einschlägige Richtlinien und auch Expertenstandards für Pflege.

Im folgenden Kapitel erfolgt eine exemplarische Darstellung der recherchierten und betrachteten Regelungsgrundlagen. Dabei wird aufgezeigt, wie diese in Bezug auf Vorbehaltsaufgaben der Pflege gestaltet sind. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass trotz Aktualisierungen und Neuschaffungen nach dem Jahr 2020 keine der betrachteten Regelungen eine adäquate Abbildung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege ermöglicht.

Diese Erkenntnis unterstreicht die Notwendigkeit einer kritischen Auseinandersetzung mit den bestehenden Regelungen und wirft Fragen nach ihrer Anpassung und Weiterentwicklung auf, um den aktuellen Anforderungen und Entwicklungen im Pflegebereich gerecht zu werden.

### 6.2.1 Allgemeine Regelungsgrundlagen

Neben gesetzlichen Vorgaben, wie Berufsgesetzen und G-BA-Richtlinien, ist die Orientierung und Ausgestaltung der Arbeit im Gesundheitswesen an Leitlinien und Standards ausgerichtet. Für das Projekt wurden die geltenden Regelungsgrundlagen daraufhin untersucht, ob sie sich bzgl. der Etablierung von Vorbehaltsaufgaben förderlich oder hinderlich darstellen. Im Folgenden sind die Auswertungsergebnisse für die gängigsten Formen der Regelungsgrundlagen beispielhaft dargelegt.

Es zeigt sich, dass die überwiegende Zahl der betrachteten allgemeinen und damit für alle Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäuser gültigen Regelungsgrundlagen noch eher hinderlich sind für eine Antizipation oder Umsetzung des pflegerischen Vorbehaltsrechts. Es zeigen sich allerdings auch Unterschiede in den Details und es liegen mit den DNQP-Expertenstandards Regelungsgrundlagen vor, die auch ohne die explizite Benennung der Vorbehaltsaufgaben der pflegerischen Verantwortung in der Prozesssteuerung die notwendige Bedeutung zumessen.

#### **1. GKV-Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (GKV-Spitzenverband 2023)**

Der Rahmenvertrag aus dem Jahr 2023 regelt das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus und ist in seiner jetzigen Form als eher hinderlich für die adäquate Umsetzung pflegerischen Vorbehaltsrechts einzustufen. Er verweist darauf, dass das Entlassmanagement eine multidisziplinäre Aufgabe sei, aber es findet sich keine explizite Nennung von Pflegefachpersonen und deren pflegeprozessualer Verantwortlichkeit. Es beinhaltet einen beispielhaften Hinweis auf den Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege und dass solche Standards etabliert sein sollten. Im Fall, dass unmittelbar an die Krankenhausbehandlung angeschlossen eine weitere, auch pflegerische Versorgung notwendig ist, ist es der Richtlinie zufolge ärztliche Aufgabe, häusliche Krankenpflege zu verschreiben. Damit wird auch nach Auffassung des TT VA gegen geltendes Vorbehaltsrecht verstoßen.

#### **2. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023)**

Die Richtlinie aus dem Jahr 2023 regelt die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements. Sie muss nach der Auswertung ebenfalls als eher hinderlich für die Umsetzung von pflegerischen Vorbehaltsaufgaben verstanden werden. In § 3 werden die Voraussetzungen gelistet, die beschreiben, wann zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden kann. Unter anderem ist eine Voraussetzung, wenn Heilmittel „Pflegebedürftigkeit mindern oder verhindern“. Weiter in § 3 heißt es „die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.“ In § 6a Abs. 1 heißt es „[...] Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde

heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten." In der gesamten Richtlinie werden Pflegefachpersonen nicht erwähnt, obwohl es in der Zielsetzung um die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit geht. Auch die Diagnostik beschreibt, dass Expertise einer Pflegefachperson notwendig wäre, aber ohne einen konkreten Hinweis.

### **3. Nationale Versorgungsleitlinie „Hypertonie“ (Nationale Versorgungsleitlinien 2023)**

Die Nationale Versorgungsleitlinie bzgl. Hypertonie ist ebenfalls als der Umsetzung pflegerischen Vorbehaltsrechts in ihrer jetzigen Form als hinderlich anzusehen. Im Kapitel 9.2 „Pflegerkräfte und med. Fachangestellte“ findet sich die Empfehlung, dass „Pflegerkräfte“ in die Versorgung eingebunden werden, aber nur mit dem Blick auf ärztliche Tätigkeiten, die an sie delegiert werden könnten. Außerdem wird in diesem Zuge auf das Modellvorhaben nach § 63 SGB V (Übertragung heilkundliche Aufgaben) verwiesen, Vorbehaltsaufgaben der Pflege werden nicht genannt und es findet sich kein Hinweis darauf. „Pflegerische“ Aufgaben werden nur im Kontext medizinischer Interventionen benannt (z.B. Medikamente stellen, Blutdruckmessung etc.)

### **4. S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ (AWMF-Leitlinien 2021)**

Diese S3-Leitlinie ist im Jahr 2021 entstanden und wurde unter aktiver Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft erstellt. Die Leitlinie weist mit ihrem stärker ausgerichteten interdisziplinären Charakter im Hinblick auf das pflegerische Vorbehaltsrecht in die richtige Richtung, sollte in der nächsten Überarbeitung aber expressis verbis und inhaltlich das pflegerische Vorbehaltsrecht berücksichtigen. Die Schmerzanamnese kann selbstverständlich kein ausschließlicher Vorbehalt für die Pflege sein, wird aber in der Praxis doch häufig durch Pflegefachpersonen durchgeführt, die im Rahmen ihrer pflegeprozessualen Verantwortung den Schmerzen und ihrer Bekämpfung doch zusehends Aufmerksamkeit schenken. In der Leitlinie finden sich Hinweise auf spezialisierte Pflegefachkräfte (Pain Nurse) und weitere Beispiele, die sich allerdings fast durchgängig auf ärztliche Delegation beziehen.

### **5. S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (AWMF-Leitlinien 2018)**

Die S2K-Leitlinie ist zwar aus dem Jahr 2018 und wurde ebenfalls unter aktiver Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft erstellt. Sie ist somit vor der gesetzlichen Verankerung von Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Pflegeberuferecht entstanden, aber ist nach der inhaltlichen Auswertung als eher förderlich für die Umsetzung pflegerischen Vorbehaltsrechts einzustufen. Die Adressierung pflegerischer Aufgaben kann fast schon als vorbildlich bezeichnet werden, da die Leitlinie ein eigenes Kapitel unter "Geriatrische Syndrome und spezielle Situationen -> Pflegefachkraft - Besonderheiten der Pflege“ beinhaltet mit umfänglichen Hinweisen auf das Pflegeprozessgeschehen, Hinweisen auf die DNQP-Expertenstandards und die Beschreibung der Schwerpunkte der Pflege bei Diabetes mellitus im Alter.

## 6. Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2019)

Die DNQP-Expertenstandards der Pflege bilden im Hinblick auf die Antizipation und Berücksichtigung pflegerischer Verantwortung und Prozesssteuerung eine positive Ausnahme innerhalb der externen Regelungsgrundlagen ab. So weist beispielsweise der DNQP-Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ in der 2. Aktualisierung aus dem Jahr 2019 auf ein multiprofessionelles Geschehen hin und verweist auf die Wichtigkeit von schriftlichen Verfahrensregeln. Die Erhebung des Pflegebedarfs und auch die systematische Erhebung des erwartbaren poststationären Versorgungsrisikos und Unterstützungsbedarfs liegt in der Verantwortung der Pflegefachpersonen.

### 6.2.2 Klinikinterne Regelungsgrundlagen

Die meisten klinikinternen Regelungsgrundlagen, Checklisten und Standards basieren auf national geltenden Richtlinien und Gesetzen. Dieser Zusammenhang stellt nicht selten eine Stolperfalle in der Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben dar, da sie zum einen das Vorbehaltsrecht oft noch nicht kennen oder sich sogar widersprechen. In der Auswertung der von den Kliniken eingebrachten klinikinternen Dokumenten, wie Prozess- oder Stellenbeschreibungen, hat sich ergeben, dass Vorbehaltsaufgaben bislang kaum wahrgenommen oder behandelt werden und es aktuell bereits sehr empfehlenswert ist, ihnen mehr Bedeutung beizumessen. Im Folgenden sind einige Beispiele zu den klinikinternen Grundlagen aufgeführt:

- **Prozessbeschreibungen:** Diese sind meistens für alle Mitarbeitenden im Pflegedienst und auch im ärztlichen Dienst geltend und beschreiben klinikinterne Aufbau- und Ablaufprozesse. Sie orientieren sich zumeist an externen Leitlinien oder Expertenstandards. Häufig fehlt jedoch die prominente Platzierung des Vorbehaltsrechts der Pflege. Optimal wäre, wenn Prozessbeschreibungen für die Pflege an den Schritten des Pflegeprozesses orientiert werden und deutlich nach Qualifikationsniveaus differenziert werden.
- **Prozessbeschreibung Entlassmanagement:** Diese gilt für alle beteiligten Berufsgruppen wie den Sozialdienst, das Case Management, den Pflegedienst und den ärztlichen Dienst. Die Abläufe im Entlassmanagement werden oft detailliert beschrieben, jedoch liegt der Fokus häufig mehr auf organisatorischen Aspekten als auf pflegerischen Aufgaben. Der pflegerische Vorbehalt wäre gerade hier, etwa bei der Feststellung des Pflegebedarfs oder der Evaluation der Qualität der Pflege, gefragt, wird aber bislang nahezu durchgängig negiert. Dies ist besonders frappierend, wenn Menschen nach der Krankenhausentlassung zuhause oder in der Folgeeinrichtung weiterhin pflegerisch betreut und versorgt werden müssen.
- **Stellenbeschreibungen Pflegefachpersonen:** In den Stellenbeschreibungen, die von den Teilnehmenden aus den Kliniken eingebracht worden sind, findet sich kein Wortlaut aus dem Pflegeberufegesetz wieder, und Vorbehaltsaufgaben kommen bislang noch nicht vor. In seltenen Fällen wird auf den Pflegeprozess Bezug genommen. Unter

interdisziplinärer Zusammenarbeit zeigen sich keine klaren Verantwortungsbereiche für die Pflege. Es wird eher eine passive Rolle der Pflegefachpersonen vermittelt.

- **Stellenbeschreibungen Stationsleitungen:** Hier finden sich inzwischen bereits einige Übereinstimmungen mit den im Gesetz beschriebenen Vorbehaltsaufgaben der Pflege. Die Stationsleitung trägt demzufolge mitunter bereits die Verantwortung für den Pflegeprozess, gewährleistet die Umsetzung der geplanten Pflege und der korrekten Dokumentation sowie die Förderung des fachlichen Austauschs und der Kooperation. Unter Ausblendung der einzelnen Pflegefachpersonen auf den betreffenden Stationen und ihre jeweilige Verantwortung für Pflegeprozesssteuerung ist dies aber eher bedenklich und wird einer Überprüfung zur Einhaltung des Vorbehaltsrechts kaum standhalten. Ziel muss sein, dass sich jede Pflegefachperson im Krankenhaus ihrer Verantwortung im Kontext des Vorbehaltsrechts und ihrer Möglichkeiten der Ausübung professioneller Pflege bewusst sein muss.

### 6.3 Weitere Erkenntnisse

Neben den Erkenntnissen aus der Bearbeitung von Fällen und Regelungsgrundlagen konnten über den Prozess der Workshops weitere Erkenntnisse gewonnen werden. So gehört die Erkenntnis dazu, dass es den Teilnehmenden in den ersten Workshops schwerer fiel, geeignete Fälle zu sammeln und einzubringen. Das Fallbeispiel „Wissensmanagement“ steht beispielsweise dafür, da es dabei eigentlich nicht um eine konkrete Vorbehaltsaufgabe geht, sondern um eine Teambesprechung zur Bedeutung von Vorbehaltsaufgaben. Andere zugrundeliegende Probleme oder Einflussfaktoren in bestimmten Pflegesituationen, wie z.B. fehlende Pflegefachlichkeit, eine Zentrierung auf vorwiegend ärztliche Aufgaben, das grundlegende Berufsverständnis, kommunikative Herausforderungen und die Einflussgröße klinikinternen Organisationskulturen wurden dabei deutlich. Immer wieder wurden zwischen den Fallbesprechungen und den Auswertungen zu den Regelungsgrundlagen affine Themen angesprochen und diskutiert. Im Folgenden werden diese und weitere Einflussfaktoren auf eine förderliche oder hemmende Umsetzung des pflegerischen Vorbehaltsrechts genauer aufgeschlüsselt.

#### Haltung und Berufsverständnis

Die gesetzliche Verankerung der Vorbehaltsaufgaben in der Pflege unterstreicht die Bedeutung der professionellen Pflege und des Pflegeprozesses in der Alltagspraxis. Verschiedene Fragestellungen und Diskussionen innerhalb der fünf Workshops zur Einschätzung und Deutung der Vorbehaltsaufgaben in den beteiligten Einrichtungen deuten jedoch darauf hin, dass viele Pflegefachpersonen in den Krankenhäusern sich ihrer beruflichen Rolle und der damit verbundenen Aufgaben in der Gesundheitsversorgung von Menschen aller Altersstufen nicht ausreichend bewusst sind. Der Pflegeprozess wird aus unterschiedlichen Gründen nicht als etabliertes Arbeitsinstrument genutzt und häufig eher als Dokumentationsstruktur verstanden. Weiter zeigte sich in den Diskussionen, dass es noch häufig an einem gemeinsamen klinikinternen und gemeinsam gelebten Pflegeverständnis fehlt.

Auch in den Fallbesprechungen zeigen sich diese Erkenntnisse deutlich. Im Fall „Entscheidungskompetenz“ findet sich eigentlich zunächst kein Aspekt des Vorbehaltsrechts, da es zum einen um einen pflegefachlichen Fehler geht (versäumtes Schmerzassessment) und zum anderen wird über die Haltung der Pflegefachperson bzgl. der Medikamenteneinnahme eine eher ethische Fragestellung aufgeworfen. Im optimalen Verlauf dieser Fallsituation würde sich das Vorbehaltsrecht darüber abbilden, dass die Pflegefachperson ein erneutes Assessment gemäß der Pflegeplanung durchführt, das Schmerzmittel nicht verabreicht, evtl. eine nicht-medikamentöse Maßnahme vorschlägt bzw. durchführt und die Schmerzsituation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin bespricht. Auf der anderen Seite wäre es dann auch hilfreich, wenn die Ärzteschaft entsprechend über das Vorbehaltsrecht informiert und instruiert worden ist.

Auch die Fallschilderung zum „Delirmanagement“ verdeutlicht den Stellenwert des Berufsverständnisses von professionell Pflegenden und somit auch, welche Aufgaben und welche Rolle Pflegefachpersonen darin übernehmen. Grundsätzlich lassen sich in diesem Fall auch Vorbehaltsaspekte herausfiltern, aber in der Schilderung des Falles geht es im Kern darum, dass Pflegefachpersonen ihre eigentlichen pflegerischen Aufgaben nicht übernehmen bzw. diese nicht als ihre Aufgaben erkennen.

In den Workshops wurden u.a. auch diese Aspekte angesprochen. So wurde u.a. Bezug genommen auf die Studie von Bettina Flaiz aus dem Jahr 2018, die eine vergleichende Untersuchung zur professionellen Identität von Pflegefachpersonen aus Australien und Deutschland vorgelegt hat. Ein zentrales Ergebnis daraus war, dass australische Pflegenden die Patientenorientierung glaubhaft und nachdrücklich ins Zentrum ihres professionellen Berufsverständnisses rücken, bei deutschen Pflegenden aber weiterhin Organisationsbelange: „Der Laden muss laufen!“ als kristallisierte Kernaussage für die Pflege in Deutschland gelten, die zugleich besagt, dass eher das Wohl des Krankenhauses, der Abteilung, der Station und des Teams als das Wohl der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt steht (Flaiz 2018).

Letztlich wurde angesprochen, dass es nicht nur einer klaren, patientenorientierten, professionellen Haltung in der Pflege bedarf, sondern dann auch der persönlichen und kommunikativen Kompetenz und Befähigung, diese Belange auch anderen Berufsangehörigen und insbesondere der Ärzteschaft gegenüber zum Ausdruck zu bringen.

### **Pflegeprozessbezogene Beratung**

Des Weiteren wurde im Rahmen der Falldiskussionen das Thema der Pflegeberatung aufgeworfen, verbunden mit der Frage, in welchen Fällen und zu welchen Themen Pflegefachpersonen überhaupt beraten sollen und dürfen. Die im § 7a SGB XI geregelte „Pflegeberatung“ wird nicht per se den Vorbehaltsaufgaben gem. § 4 PfIBG zugeschrieben, denn hier ist eher eine sozialleistungsrechtliche Beratung gemeint. In den Workshops konnte aber dennoch die Perspektive erarbeitet werden, dass eine pflegeprozessbezogene Pflegeberatung, also die Beratung, Anleitung und Information von Patientinnen und Patienten durch Pflegefachpersonen im Kontext der Ausgestaltung von Pflegeprozessen, untrennbar dazugehören. Gerade bei der

Umsetzung der sogenannten Prophylaxen zur Prävention von Stürzen, Thrombosen, Dekubiti, Kontrakturen, Pneumonien oder Obstipation spielt die Beratung von zu Pflegenden und ihrer An- und Zugehörigen eine überragende Rolle.

Auch die zu erwerbenden Kompetenzen nach der Pflegeausbildungs- und -prüfungsverordnung (PflAPrV) umfassen eine Reihe von Beratungsaspekten, z.B. im Kompetenzbereich I „Pflegetheorie und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren“ über den Teilbereich: „Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten“ und Kompetenzbereich II „Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten“ (PflAPrV).

### **Abgrenzung Vorbehaltsaufgaben und erweiterte Heilkundenausübung**

In Krankenhäusern ist es durchaus etabliert, dass Pflegefachpersonen Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten übernehmen. Besonders deutlich zeigt sich dies an der Intensivpflege. Die Pflegefachkräfte nahmen den Untersuchungsergebnissen des Pflege-Thermometers 2012 zufolge auf den Stationen in erheblichem Maße steuernde, klinisch einschätzende und auch therapieführende Aufgaben wahr. So wurde bereits vor mehr als zehn Jahren zu größeren Teilen das Beatmungs- oder auch das Medikamentenregime bei intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten im Alltag von der anwesenden Fachpflege geführt (Pflege-Thermometer 2012).

Weitere Beispiele wurden dazu in den Workshops besprochen und auch die Bedeutungen und Wirkungen, die eine Übernahme ärztlicher Aufgaben im Sinne einer Delegation für die Beteiligten haben können. Die Fälle „Infusionstherapie“ und „Soorbehandlung“ weisen u.a. auch in diese Richtung. Fragen und Aussagen der Teilnehmenden der Workshops während der Diskussionen um die Fallschilderungen drehten sich dann auch um die Abgrenzung bzw. die Übergänge von Vorbehaltsaufgaben zur Übernahme ärztlicher und heilkundlicher Tätigkeiten. Dies steht zugleich auch exemplarisch für die Erkenntnis, dass das Vorbehaltsrecht der Pflege fälschlicherweise oft mit der Übernahme von medizinischen Interventionen gleichgesetzt wird.

Dabei ist es unerheblich, ob, wie in den Fällen besprochen, eine Infusion zu einem korrekten Zeitpunkt abgesetzt worden ist oder eine nicht verschreibungspflichtige Salbe genutzt wurde, denn diese Fälle berufen sich nicht auf das pflegerische Vorbehaltsrecht, sondern kennzeichnen lediglich die klinikinterne (und jeweils sehr unterschiedlich gehandhabte) vorhandene oder eben fehlende Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Auch wenn solche Verläufe gängig sind, haben sie oft keinen direkten Bezug zu pflegerischen Vorbehaltsaufgaben. Sie entstehen in einer rechtlichen Grauzone und sind eher kulturell in eingeschliffenen Formen der Zusammenarbeit verankert und lassen sich nicht auf alle Einrichtungen übertragen.

Anders ist es bei Fällen, in denen während der Übernahme von ärztlich angeordneten Tätigkeiten Vorbehaltsaufgaben der Pflege zum Tragen kommen können. Im Beispiel „Dauerkatheter“ geht es nicht um die Frage, wer das „letzte Wort“ hat, sondern darum, dass eine

Pflegefachperson im Sinne des Vorbehaltsrechts den Pflegebedarf festgestellt und die entsprechende Pflege geplant hat und dies pflegefachlich auch begründen kann, warum sie so handelt. Es geht ihr, wie auch der Patientin, gleichermaßen um Prävention einer Infektionsgefahr aufgrund eines liegenden Dauerkatheters, um den Erhalt der Selbstständigkeit der Patientin sowie die damit im Zusammenhang stehende Prophylaxe drohender Immobilität. Das sind triftige Gründe, über die man sich gut interprofessionell austauschen könnte.

### **Rolle der Organisationen**

Sowohl allgemeine als auch klinikinterne Regelungsgrundlagen erschweren bislang noch häufig die Implementierung und Umsetzung des pflegerischen Vorbehaltsrechts. Auch die Aufbau- und Ablauforganisation von Kliniken steuern nicht selten ihren Teil dazu bei. Die Fälle "Beratungsaspekt aktivierende Pflege" und "Prophylaxe bei Chemotherapie" verdeutlichen, dass die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben der Pflege durch die interne Organisation in Krankenhaus erschwert oder sogar verhindert werden kann. Positiv betrachtet zeigt sich hier aber auch, dass durch kleine Veränderungen in den Arbeitsprozessen die Wege für die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben geebnet werden können. Die Teilnehmenden an den Workshops sind demnach auf Arbeitsprozesse aufmerksam geworden, die im Widerspruch zu den Vorbehaltsaufgaben stehen. Dies deutet darauf hin, dass ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung und Umsetzung dieser Aufgaben vorhanden ist. Mit einer gezielten Anpassung der Arbeitsabläufe könnte somit die effektive Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben in der Pflege erleichtert werden. Auch aufkommende Fragen innerhalb der Workshops umfassten das Thema der effizienten Möglichkeiten, das Vorbehaltsrecht innerhalb der Organisation transparent zu machen und dieses auch anzuerkennen.

### **6.4 Entwicklungsprozesse in den Einrichtungen**

Offenkundig haben sich über die fünf virtuellen Workshops hinweg bei den Teilnehmenden Fortschritte zum Umgang mit dem Thema des pflegerischen Vorbehaltsrechts ergeben. In einigen der teilnehmenden Einrichtungen wurden noch im Verlauf der Workshops interessante Entwicklungen angestoßen. So fiel in den ersten Workshops auf, dass die Vorbehaltsaufgaben in der Pflege zwar zum Teil gut bekannt waren, aber es zumeist noch am grundsätzlichen Verständnis und an Orientierung zu ihrer praktischen Umsetzung fehlte. Erst eine der teilnehmenden Einrichtungen hatte bisher ein Projekt zur Implementierung gestartet.

In den anderen Einrichtungen war man noch mit der Ideenfindung und Vorarbeiten beschäftigt. Dies hatte unterschiedliche Gründe, wie z.B. zeitliche und personelle Ressourcen, andere Herausforderungen, wie Covid-19, die dringlicher waren, als auch eine gewisse Ratlosigkeit, wie eine Implementierung von Vorbehaltsaufgaben funktionieren kann. Die Teilnehmenden berichteten vielfach auch, dass in ersten Informationen der Pflegefachpersonen und anderen beteiligten Berufsgruppen Widerstände und Akzeptanzprobleme wahrgenommen wurden. Bei vielen Pflegefachpersonen, so wurde berichtet, herrschte die Vorstellung vor, dass Vorbehaltsaufgaben zusätzliche Arbeitsbelastung bedeuten könnten. Bei der Ärzteschaft war das

Thema den Berichten zufolge gänzlich unbekannt, zaghafte Versuche zur interprofessionellen Aufklärung führten eher zu Irritationen.

Durch die Mitwirkung am Projekt VAPIK und in den Workshops erhofften sich die Teilnehmenden, Netzwerke zwischen den Einrichtungen bilden zu können. Durch den gemeinsamen Austausch suchten sie u.a. nach Ideen und Lösungen für die Herausforderungen, Mitarbeitende für die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben zu gewinnen und sich mit dem sich verändernden Berufsverständnis und dem Berufsbild auseinanderzusetzen. Auch ging es etlichen darum, die interprofessionelle Zusammenarbeit zukünftig zu verbessern, einer intraprofessionellen Neuordnung von Qualifikationsprofilen nachzukommen sowie die Klärung von Delegationsfragen voranzutreiben.

Im Verlauf der insgesamt fünf Workshops wurde deutlich, dass die Beschäftigung mit konkreten Fallsituationen aus der Praxis hilfreich gewesen ist, um das Wesen der Vorbehaltsaufgaben besser verstehen zu können. Mithilfe der Fallorientierung konnten die Teilnehmenden sensibilisiert werden für die professionelle Betrachtung und Umsetzung. Waren in den ersten eingebrachten Beispielen der Einrichtungen mitunter Vorbehaltsaufgaben noch gar nicht abgebildet, wurden sie mit jedem weiteren eingebrachten Beispiel deutlicher. So wurde auch erkannt, dass die besprochenen Fälle als exemplarische Grundlage dienen können, um andere ähnliche Fälle aus der Praxis zu analysieren und festzustellen, ob es sich überhaupt um Vorbehaltsaufgaben der Pflege handelte.

Auch die Diskussionen um die Fälle und die aufkommenden Fragen zeigten ein zunehmend klareres Verständnis, so dass der fallorientierte Ansatz auch für die Weitervermittlung an weitere Pflegefachpersonen und andere Berufsgruppen in den Einrichtungen genutzt werden konnte. Situationen aus dem Alltag sind für alle greifbar und nachvollziehbar und fördern das Verstehen und die Akzeptanz. Gerade Informationsdefizite bei den Pflegenden als auch bei der Ärzteschaft zeigten sich als Herausforderung für das Verständnis und die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben.

Zum Abschluss der Workshopreihe berichteten Teilnehmende, dass sie das Thema der Vorbehaltsaufgaben nun zunehmend im multiprofessionellen Team anhand der Fallbeispiele thematisieren. Dabei zeigten sich vor allem Pflegefachpersonen zunehmend aufgeschlossen gegenüber dem Vorbehaltsrecht und können erkennen, dass der fachliche Kern des Pflegeprozesses weitgehend bekannt ist. Auch konnten schon erste Entwicklungen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit berichtet werden. So wurde beispielsweise für eine intensivpflegerische Einheit in einer teilnehmenden Einrichtung ein interprofessionelles Leitbild angeregt, das ausdrücklich die Wirkungen und Konsequenzen des pflegerischen Vorbehaltsrechts abbilden soll. So können auch andere Berufsgruppen und allen voran die Ärzteschaft gewonnen werden, sich mit dem Thema zu beschäftigen und die Konsequenzen in die Aushandlungsprozesse insbesondere um pflegerelevante Versorgungsfragen einzubeziehen.

Zudem wurde die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Haltung der Pflegenden als wichtige Aufgabe für die Umsetzung des Vorbehaltsrechts in den Einrichtungen erkannt sowie

bewusst, dass interne Regelungsgrundlagen wie Einarbeitungskonzepte, Stellenbeschreibungen als auch Prozessabläufe überarbeitet und angepasst werden müssen, um die Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben zu unterstützen und zu fokussieren.

Insgesamt hat der Austausch zwischen den Teilnehmenden und in den Workshops zu einer spürbaren Inspiration und Aufbruchstimmung in den Einrichtungen gesorgt. Es wurde deutlich, dass und wie Vorbehaltsaufgaben in der Praxis weiter sichtbar und präsent gemacht werden müssen bzw. können. Etliche Aktivitäten wurden in den Einrichtungen bereits angestoßen, die seit Projektende auch noch weiter ausgebaut werden. So wurden zum Beispiel interne Projektgruppen wieder aktiviert oder neu einberufen, bei denen unterschiedliche Berufsgruppen Prozessbeschreibungen erstellen und interne Arbeitsabläufe anpassen, Informationsveranstaltungen für Pflegende und andere Berufsgruppen mit Bezug auf Fallbeispiele zur Sensibilisierung zu Vorbehaltsaufgaben umgesetzt, der Schwerpunkt "Vorbehaltsaufgaben" in eine Workshopreihe für frisch examinierte Pflegefachpersonen aufgenommen, eine "vorbehalts-gestützte Pflegevisite" implementiert sowie Dozentinnen und Dozenten geschult, um die Sensibilisierung zu und Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben in den Einrichtungen weiter voranzubringen und auf alle Versorgungsbereiche auszuweiten.

Aus diesen sehr ermutigenden Ergebnissen und Erkenntnissen lässt sich ableiten, wie sehr die Workshopreihe in VAPIK nicht nur einen aktionsforschenden Charakter entwickeln konnten, sondern schlichtweg neben dem explorativen Kern auch einen impliziten Bildungsauftrag erfüllen konnte.

## 7 Entwurf des Handlungsrahmens

### 7.1 Grundlegungen

Ein Handlungsrahmen für die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben in der Pflege kann, wie bereits beschrieben, nicht in der Simplifizierung eines Tätigkeitskatalogs dargestellt werden, mit dem aufgelistet wird, welche Tätigkeit unter Vorbehalt der Pflege fällt und welche nicht. Der folgend beschriebene Handlungsrahmen ist aus der intensiven Beschäftigung mit dem Thema und den Teilnehmenden in den Workshops entstanden und dient als eine grundlegende Orientierung und Rahmung für relevante Handlungen auf verschiedenen Ebenen. Dieser Handlungsrahmen hat keinen Anspruch darauf, als starres Regelwerk zu gelten.

Das vorliegende Schaubild (Abbildung 6) bildet einen Überblick über den Handlungsrahmen für die Vorbehaltsaufgaben in der Pflege. Es folgt die gängige Unterteilung in eine Makroebene, eine Mesoebene und eine Mikroebene. Die Ebenen beeinflussen sich gegenseitig, zum einen von oben nach unten, also von der Makroebene über die Meso- zur Mikroebene, aber auch in umgekehrter Richtung, wenn Erkenntnisse und Notwendigkeiten von einer unterhalb befindlichen Ebene auf eine darüberliegende einwirken. Jede Ebene repräsentiert verschiedene Verantwortlichkeiten, Einflussfaktoren und Handlungsoptionen, die entscheidend für

eine angemessene Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben und die damit verbundene Neuaufstellung der professionellen Pflege sind.

Der äußere Ring, die Makroebene, steht für gesellschaftliche und gesundheitspolitische Werte und Rahmensetzungen gerade im Hinblick auf die Rolle und Aufgaben der Pflegeberufe in der gesundheitsbezogenen Versorgung der Bevölkerung. Hier werden allgemeinverbindliche Regelungsgrundlagen entwickelt und in Kraft gesetzt. Diese umfassen die gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien, wie sie in Kapitel 6.2 näher beschrieben sind. Der Ring in der Mitte, die Mesoebene, bezieht sich auf organisatorische Verantwortlichkeiten von der Trägerseite über die Führungs- zu den Leitungsverantwortlichen auf den verschiedenen Entscheidungsebenen. Hier können Organisationskulturen geprägt, Diskurse wie die zum pflegerischen Vorbehaltsrecht angestoßen oder umgangen werden und klinikinterne Regelungen entwickelt und vorgegeben werden. Diese internen Regelungsgrundlagen beeinflussen maßgeblich die Arbeitsweise im Krankenhaus sowie die Zusammenarbeit der Berufsgruppen.

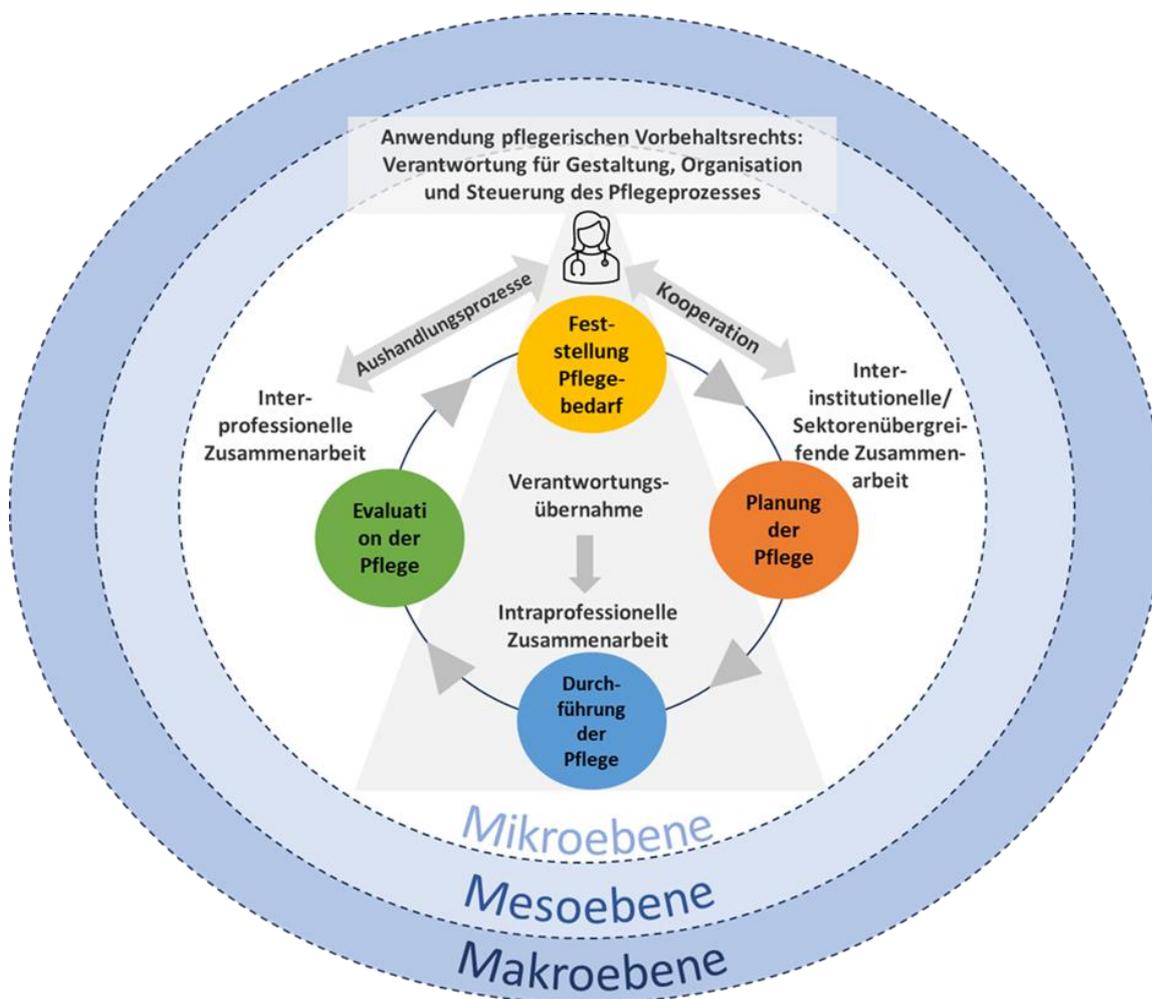


Abbildung 6: Zusammenhänge im Handlungsrahmen für die Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus

Das innere Feld, die Mikroebene, bezieht sich auf die direkte Versorgungssituation. Hier engagieren sich verschiedenen Berufsgruppen, allen voran die professionelle Pflege und die Ärzteschaft, aber auch die therapeutischen und medizinisch-technischen Berufe und weitere für das Wohl der Patientinnen und Patienten. Auf dieser Ebene muss das immer noch neue Vorbehaltsrecht zukünftig zur vollen Entfaltung kommen. Hierbei spielen die Informationen und Einstellungen sowie die Haltungen der Akteurinnen und Akteure, das jeweilige Berufsverständnis, die Rollen und Modelle in der Zusammenarbeit bei der Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben eine entscheidende Rolle.

Im Mittelpunkt der Abbildung ist der Kern der Vorbehaltsaufgaben der Pflege abgebildet, die Verantwortung für die Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses mit seinen Schritten. Die jeweilige Pflegefachperson übernimmt eine entscheidende Rolle, indem sie die Verantwortung für die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses trägt, die sie auch nicht abgibt, wenn jemand anderes, ggf. geringer qualifiziertes die Durchführung von Pflegemaßnahmen übernimmt. Die Art der Kooperation und die Frage der Aushandlungsprozesse variiert zwischen den verschiedenen Wirkungsfeldern.

## **7.2 Drei Wirkungsfelder der Vorbehaltsaufgaben**

### **7.2.1 Intraprofessionelle Zusammenarbeit: Durchführung und Verantwortung**

Intraprofessionelle Zusammenarbeit umfasst die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Pflegepersonen mit Assistenzausbildung, einschließlich ungelerner Pflegehilfskräfte und Auszubildender. Pflegefachpersonen tragen dabei stets die Verantwortung für die Steuerung, Organisation und Gestaltung des Pflegeprozesses. Sie erheben den Pflegebedarf und sie planen die Pflegemaßnahmen. Wenn sie selbst nicht die Durchführung von Maßnahmen übernehmen, müssen sie sicherstellen, dass die ausführende Person über die erforderlichen Fähigkeiten und das notwendige Wissen verfügt, um die Maßnahmen korrekt umzusetzen. Dies beinhaltet das Wissen über den erhobenen Pflegebedarf, die Ziele und die fachlichen Kompetenzen zur Umsetzung der Pflegemaßnahmen. Im Zweifel kann dies auch bedeuten, dass die Pflegefachpersonen die Durchführung begleiten, anleiten und überprüfen müssen.

Ein Beispiel aus den Workshops verdeutlicht diese Zusammenhänge: In Fall „KPH reicht Mahlzeiten an“ reicht eine Pflegehilfskraft das Essen an, ohne den Patienten vorab wie geplant zu mobilisieren. Die Pflegefachperson muss in solchen Fällen sicherstellen, dass die Pflegehilfskraft über die geplanten Maßnahmen und Ziele informiert ist und auch die Kompetenz hat, die Mobilisierung und weitere, darin integrierte prophylaktische Maßnahmen zu übernehmen.

In einem anderen Beispiel zeigt sich noch eine weitere Dimension der intraprofessionellen Zusammenarbeit, wenn nämlich mehrere Pflegefachpersonen mit unterschiedlicher Perspektive miteinander kooperieren. Das Fallbeispiel "Hygiene gegen Sturz" verdeutlicht dies. Dies zeigt auch hier die Notwendigkeit zu professionellen Aushandlungsprozessen, was zu tun und was zu lassen ist, welche Perspektive Priorität genießt. Dies steht und fällt nicht nur mit dem Pflegeprozesskontext, sondern auch mit der jeweiligen Begründungsarbeit der beteiligten

Pflegefachpersonen. Dabei spielen Grundlagen für Entscheidungen ebenso eine wichtige Rolle wie der Wille der Patientin bzw. des Patienten.

### 7.2.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit: Expertise und Aushandlungsprozesse

Die Arbeit in einem Krankenhaus ist häufig geprägt durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen mit unterschiedlichen Hintergründen, Kompetenzen, Zielen und Perspektiven. Trotz dieser Vielfalt besteht Einigkeit darin, dass das übergeordnete Ziel darin besteht, den Patienten oder die Patientin auf dem Weg zur Genesung zur größtmöglichen Selbstständigkeit zu befähigen.

Ein Fallbeispiel, wie „Dauerkatheter“, verdeutlicht diese Ausrichtung. Alle Beteiligten verfolgen das gemeinsame Ziel, dass es der Patientin schnellstmöglich besser geht. Dabei liegt der Fokus des behandelnden Assistenzarztes auf einer zügigen Diagnose, während die Pflegefachperson eine pflegerische Anamnese durchführt und die Pflegeprobleme sowie Ressourcen der Patientin kennt und in ihre Entscheidungen einbezieht.

Betrachtet man das Beispiel von der Makroebene aus, fließen externe Regelungsgrundlagen mit ein, darunter der Expertenstandard "Harninkontinenz in der Pflege" und die Richtlinien des RKI zur Vermeidung von Infektionen bei Dauerkatheteranlage. Die Pflegefachperson bezieht sich u.a. darauf und leitet daraus auch ihre Begründung für ihre Entscheidung und gegen die des Assistenzarztes ab. Zugleich ist sie sich sicher, dass sie damit potenziellen Schaden von der Patientin abwendet.

Auf der Mikroebene wird durch das Beispiel deutlich, dass es zu unterschiedlichen Ausgangspositionen, Begründungen und Maßnahmenentscheidungen der beteiligten Berufsgruppen kommen kann und sich dann die Frage stellt, ob rechtzeitig oder zumindest im Nachgang mittels Aushandlungsprozessen Einigkeit über die Vorgehensweise hergestellt werden kann. Das Beispiel zeigt aber auch, dass oftmals noch eingefahrene Routinen und Kulturen den Alltag bestimmen, in denen es nicht vorgesehen ist, dass eine ärztliche Anordnung von Pflegefachpersonen in Frage gestellt wird. Daraus wird zudem deutlich, dass es nicht nur um neue Haltungen unter Pflegefachpersonen geht, sondern auch um neue und offene Haltungen bei anderen Berufsgruppen, allen voran der Ärzteschaft.

Auch das Fallbeispiel des Blutzuckermessens verdeutlicht die Dynamik in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Hierbei stehen allerdings die Aushandlungsprozesse im Vordergrund, bei denen die verschiedenen Berufsgruppen mit ihren individuellen Ansichten und Perspektiven eine Einigung erzielen. Dies geschieht im Sinne des Patienten oder der Patientin, um die es in diesem Kontext geht. Dies zeigt, dass es sehr wohl auch positive Beispiele der Zusammenarbeit auf Augenhöhe im Krankenhausalltag gibt.

### 7.2.3 Institutions- oder sektorenübergreifende Zusammenarbeit: Kooperation

Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus werden häufig entweder klinikintern verlegt oder erhalten eine Anschlussheilbehandlung in einem anderen Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik oder werden in die häusliche Pflege oder ein Pflegeheim entlassen. Diese

Schnittstellen sind von besonderer Bedeutung und das Entlassmanagement nimmt einen großen Anteil der klinikinternen Arbeit ein. Bei Betrachtung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege wird schnell deutlich, dass Pflegefachpersonen aus dem Entlassungs- oder Verlegungsprozess nicht herausgenommen werden können. Ihre Expertise ist von Bedeutung und notwendig, um sicherzustellen, dass eine Anschlussheilbehandlung oder die Weiterbehandlung in einer anderen Pflegeorganisation auch im Hinblick auf die Sicherstellung und Fortsetzung pflegeprozessualer Aspekte gewährleistet ist und ohne unnötige Lücken und Brüche vorstattgehen kann.

Auf das Entlassmanagement wirken viele externe Regelungsgrundlagen ein. Der GKV-Rahmenvertrag weist darauf hin, dass dieser Prozess multidisziplinär ist und in der jeweiligen Klinik transparent geregelt sein muss. Weitere Grundlagen wie die Richtlinie zur Heilmittelverordnung oder Hilfsmittelverordnung beschreiben ebenfalls einen multidisziplinären Prozess, jedoch werden dabei ausschließlich Ärzte und Ärztinnen und ihre Verantwortung im Prozess genannt, selbst wenn es um die Vermeidung oder Feststellung von Pflegebedürftigkeit geht oder um die Verordnung häuslicher Krankenpflege.

Auch klinikinterne Regelungsgrundlagen (Mesoebene) verweisen im Kontext des Entlassungsgeschehens nicht explizit darauf, dass die Erhebung des Pflegebedarfs und die Weiterleitung der Informationen bezüglich des benötigten Pflegebedarfs Aufgaben von Pflegefachpersonen sind. Intern läuft es häufig so, dass sich Mitarbeitende des Case Managements, die nicht immer über die notwendige Pflegefachlichkeit verfügen, automatisch an den zuständigen Arzt oder die zuständige Ärztin wenden. Auf der Mikroebene erkennen Pflegefachpersonen häufig noch nicht ihre Zuständigkeit aus ihrem Berufsverständnis heraus und wehren sich folglich nicht gegen diese Prozesse. Diese Zusammenhänge wurden vielfach durch die Teilnehmenden in den Workshops bestätigt.

Um einen optimalen Ablauf des Entlassmanagements zu gewährleisten, müssten nicht nur externe Regelungsgrundlagen, sondern auch klinikinterne Regelungsgrundlagen und die Kultur der Zusammenarbeit verändert werden. Der Schwerpunkt der interinstitutionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit liegt auf der Kooperation. Hierbei geht es nicht darum, anderen Berufsgruppen Arbeit und Aufgaben zu entziehen oder neue Aufgaben aufzubürden. Vielmehr geht es darum, die Arbeitsprozesse so zu gestalten, dass für die betreffende Person, die eine Anschlussheilbehandlung benötigt, alle Informationen lückenlos und ohne Informationsverlust weitergegeben werden können. Daher müssen zukünftig, viel häufiger als heute schon, Pflegefachpersonen regelhaft auch bei Entlassungen und Verlegungen von Patientinnen und Patienten hinzugezogen werden.

## 8 Empfehlungen

Auf der Grundlage der Informationen zum pflegerischen Vorbehaltsrecht sowie der dargelegten Ergebnisse und Erkenntnisse der VAPIK-Studie werden im Folgenden Handlungsempfehlungen für alle Ebenen – Mikro, Meso und Makro – abgeleitet, die darauf abzielen, die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben der Pflege in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit sowie der interinstitutionellen und der sektorenübergreifenden Kooperation zu verbessern. Im intensiven Austausch mit erfahrenen Pflegefachpersonen aus acht Katholischen Krankenhäusern in Deutschland ist sehr deutlich geworden, wie sehr die Ebenen und die Wirkungsfelder miteinander zusammenhängen. Auch wenn sich das Vorbehaltsrecht der Pflege zuallererst in der Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure auf der Mikroebene und damit in der Versorgungspraxis zeigen muss, in deren Mittelpunkt das Wohl von Patientinnen und Patienten steht, so ist unmissverständlich klar geworden, wie sehr die Verantwortlichen auf den beiden anderen Ebenen, Meso- und Makroebene, dazu beitragen können und müssen, dass neue Kooperationsformen unter Würdigung pflegerischer Vorbehalte in den Versorgungsfeldern der Krankenhäuser etabliert werden können.

### Empfehlungen für die Praxis (Mikroebene)

- 1) Durchführung von Vor-Ort-Analysen und Teambesprechungen zur Klärung von Berufsverständnissen, Haltungen und Verantwortlichkeiten im Lichte des pflegerischen Vorbehaltsrechts sowie Betrachtung von optimierbaren Abläufen und Kooperationen.
- 2) Stärkung des Pflegeprozessmodells und damit des Vorbehaltsrechts im Klinikalltag, d.h. trotz hoher Dynamik und Komplexität muss dem Pflegeprozessmodell im Kontext pflegerischer Verantwortungsübernahme (wieder mehr) Platz eingeräumt werden. Dazu gehört auch die Befähigung und Ermutigung des Pflegefachpersonals zur Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben im Klinikalltag.
- 3) Angebot gezielter Fortbildungen für Pflegefachpersonen, d.h. Informations- und Übungsangebote zum Vorbehaltsrecht sowie zu dessen intra- und interprofessioneller sowie interinstitutioneller Umsetzung z.B. über virtuelle Workshops.
- 4) Umsetzung von vorbehaltsgerechten Kooperationen, d.h. die Etablierung von intra- und interprofessionellen Fallbesprechungen und Aushandlungsprozessen zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowohl innerhalb der Berufsgruppe der Pflege als auch in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, allen voran der Ärzteschaft, müssen ermöglicht und gestärkt werden.
- 5) Im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung und der Einarbeitung neuer Mitarbeitenden sollten Praxisanleitende Schwerpunkte auf den Pflegeprozess und die Vorbehaltsaufgaben legen, um von Beginn an diesbezüglich eine klare Orientierung und Anschlussfähigkeit in der täglichen Arbeit zu fördern.

## Empfehlungen für Träger und Einrichtungsleitungen (Mesoebene)

- 6) Betonung der Bedeutung pflegeprozessualer Steuerung und Verantwortung in der Einrichtung im Kontext des pflegerischen Vorbehaltsrechts, d.h. es muss eine entsprechende Einschätzung und Thematisierung des Vorbehaltsrechts der Pflege von den Träger-, Führungs- und Leitungsebenen ausgehen und die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt werden.
- 7) Interdisziplinäre Klärung des pflegerischen Vorbehaltsrechts auf allen Führungsebenen, d.h. insbesondere Berufsgruppen und deren Angehörige, die das pflegerische Vorbehaltsrecht (noch) nicht kennen, müssen einbezogen, informiert und für eine interprofessionelle Umsetzung in allen Wirkungsfeldern überzeugt und gewonnen werden.
- 8) Überprüfung und Überarbeitung aller klinikinternen und für die Umsetzung des Vorbehaltsrechts relevanten Regelungsgrundlagen, d.h. die systematische Recherche, Prüfung und etwaige Weiterentwicklung von Regelungs- und Dokumentationsgrundlagen im Lichte der Vorbehaltsthematik.
- 9) Sicherstellung wiederholter Fortbildungs- und Reflexionsangebote auf allen Stationen und Bereichen zur sukzessiven vorbehaltsgerechten Durchdringung der Arbeits- und Versorgungskulturen in der Einrichtung.
- 10) Weiterentwicklung von Einarbeitungskonzepten, um eine effektive und anschlussfähige Integration neuer Mitarbeitender mit unterschiedlichen Hintergründen in die vorbehaltsgerechte Versorgungspraxis zu gewährleisten.
- 11) Regelmäßige Überprüfung der Prozesse in der Einrichtung sowie auf interdisziplinärer Leitungsebene und Bereitstellung von Angeboten zur Lösung von Konflikten und Problemen bei der intra- und interprofessionellen sowie interinstitutionellen und sektorenübergreifenden Umsetzung des Vorbehaltsrechts.
- 12) Platzierung der Bedeutung pflegerischer Vorbehaltsaufgaben in der Rekrutierung von neuem Personal (z.B. in Stellenausschreibungen) oder auf der Website und in Informationsmaterialien.

## Empfehlungen für die Gesundheitspolitik (Makroebene)

- 13) Zeitnahe Klärung und Festlegung noch offener Punkte zum Vorbehaltsrecht im Pflegeberufegesetz, d.h. z.B. Ergänzung der Planung der Pflege in die Aufzählung der Vorbehaltsaufgaben im § 4 Abs. 2 Nr. 1 PflBG sowie Klärung der Rechtssituationen und Verantwortungsübernahme bei gesonderten Berufsabschlüssen gem. § 58 i.V.m. § 4 PflBG.
- 14) Vorbehaltsgerechte Überarbeitung bzw. Veranlassung zu einer solchen Überarbeitung in nachgeordneten Behörden bzw. in der Selbstverwaltung von relevanten, allgemeinen untergesetzlichen Regelungswerken zum Leistungsrecht bzw. Leistungserbringungsrecht

wie Rahmenverträge, Richtlinien und Rechtsverordnungen z.B. im Rahmen des Entlassmanagements u.a.m.

- 15)** Schaffung eines Anspruchs auf Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen für Patientinnen und Patienten, wenn ein individueller Pflegebedarf festgestellt worden ist.
- 16)** Regelung zu erweiterten Kompetenzen der Pflege im Lichte des geltenden Vorbehaltsrechts, d.h. insbesondere Betonung komplexer pflegerischer Prozessverantwortung auch im Kontext erweiterter Heilkundeausübung bzw. zur hochschulischen Pflegeausbildung, dies heißt z.B. kein Rückfall in kleinteilige Tätigkeitskataloge.
- 17)** Überprüfung der Grundlagen zur Finanzierung und Refinanzierung der Pflege im Krankenhaus im Hinblick auf die Durchführung des Vorbehaltsrechts zur Gewährleistung von Patientensicherheit und Qualität der Pflege.
- 18)** Schaffung von Rechtssicherheit für erweiterte Rollen von Pflegefachpersonal im Krankenhausbereich inklusive der Etablierung pflegerischer Handlungsrahmen.

## 9 Literatur- und Quellenverzeichnis

AWMF-Leitlinien (2018): S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-017l\\_S2k\\_Diabetes\\_mellitus\\_im\\_Alter\\_2018-09.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-017l_S2k_Diabetes_mellitus_im_Alter_2018-09.pdf) (02.02.2024).

AWMF-Leitlinien (2021): S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-025l\\_S3\\_Behandlung-akuter-perioperativer-posttraumatischer-Schmerzen\\_2022-11.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-025l_S3_Behandlung-akuter-perioperativer-posttraumatischer-Schmerzen_2022-11.pdf) (02.02.2024).

Bundesgesetzblatt (BGBl) (2018): Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV). Jahrgang 2018, Teil 1 Nr. 34 vom 10.10.2018, S. 1572-1621. URL: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D\\_1706864349792](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D_1706864349792) (02.02.2024).

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) (2020): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. 2. überarbeitete Auflage. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560> (02.02.2024).

Bundesverfassungsgericht (2002): Altenpflegegesetz hat im Wesentlichen Bestand. Pressemitteilung Nr. 94/2002 vom 24. Oktober 2002. URL: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2002/bvg02-094.html> (02.02.2024).

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 vorbehaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz) - Anmerkungen und Lösungsvorschläge. URL: <https://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/> (02.02.2024).

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.

Brobst, R.A. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis. 2., vollst. überarb. und aktual. Aufl. Bern: Huber (Pflegeprozess).

Deutscher Bundestag (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Drucksache 18/7823 vom 9.3.2016. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/078/1807823.pdf> (02.02.2024).

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. URL: <https://www.dip.de/materialien> (02.02.2024).

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Unter Mitarbeit von Petra Blumenberg, Andreas Büscher, Martin Moers und Moritz Krebs. 2. Aktualisierung 2019. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

- 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. S. 179-198. URL: [https://doi.org/10.1007/978-3-322-91357-9\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-322-91357-9_8) (02.02.2024)
- Fiechter, V.; Meier, M. (1993): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. 9. Aufl. Basel: Recom.
- Flaiz, B. (2018): Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland. Frankfurt a.M: Mabuse-Verlag
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2023): Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Heilmittel-Richtlinie/HeilM, vom 19.05.2011. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3109/HeilM-RL\\_2023-01-19\\_iK-2023-04-12.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3109/HeilM-RL_2023-01-19_iK-2023-04-12.pdf) (02.02.2024).
- GKV-Spitzenverband (2023): GKV-Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V. GKV-Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (02.02.2024).
- Grieshaber, U. (1998): Starke Vorbehalte – Rechtsgutachten zum berufspolitischen Vorstoß, den Pflegeberufen ein eigenes Terrain zu sichern. In: Forum Sozialstation; Nr. 90 Februar 1998: S. 12-13.
- Hülksen-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.
- Igl, G. (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit – Voraussetzungen und Anforderungen. Deutscher Pflegerat (Hrsg.), München: Urban & Vogel, S. 155f.
- Igl, G. (2019): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Praxiskommentar. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- International Council of Nurses (ICN) (2021): ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Aktualisierte Fassung. Berlin: DBfK.
- Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (KKVD) (2022): Positionspapier. Fortschritte für die Pflege – jetzt! URL: [https://die-katholischen-krankenhaeuser.de/wp-content/uploads/2023/10/2022\\_10\\_04\\_PP\\_Fortschritte\\_Pflege.pdf](https://die-katholischen-krankenhaeuser.de/wp-content/uploads/2023/10/2022_10_04_PP_Fortschritte_Pflege.pdf) (02.02.2024)
- Klie, T.; Weiß, T. (2023): Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen gem. § 4 Pflegeberufegesetz – Neue Verantwortungsrollen für die Pflege im multiprofessionellen Gesundheitswesen? (Teil 1 und 2). In: MedR; 41: S. 811-817 und 883-888.
- 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\\_Begruenderahmen\\_Entwurf\\_Qualifikationsrahmen.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_07_Begruenderahmen_Entwurf_Qualifikationsrahmen.pdf) (02.02.2024).

Mayer, H. (2011): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage; Wien: Facultas Verlags- und Buchhandlungs AG.

Nationale Versorgungsleitlinien (2023): Nationale Versorgungsleitlinie Hypertonie. NVL Hypertonie. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-009k\\_S3\\_Hypertonie\\_2023-06.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-009k_S3_Hypertonie_2023-06.pdf) (02.02.2024).

Plantholz, M. (1996): Vorbehaltsaufgaben der Pflegeberufe: Zur gegenwärtigen und zukünftigen Rechtslage. In: Pflege Aktuell, 2/96, S. 88-92.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis – Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“. URL: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/die-erweiterte-pflegerische-versorgungspraxis> (02.02.2024).

Schröck, R. (1988): Forschung in der Krankenpflege. Methodologische Probleme. In: Pflege, Bd. 1, Heft 2, S. 84 – 93.

Sirsch, E. (2023): Vorbehaltsaufgaben in der Pflege – Alt Bekanntes, Herausforderung oder Chance? In: Wirksam, 3/23, S.38-41.

Think Tank Vorbehaltsaufgaben; Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (TT VA; DGP) (Hrsg.) (2024): Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung. URL: <https://dg-pflegewissenschaft.de/veroeffentlichungen/publikationen/> (02.02.2024).

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

Weidner, F. (2019a): Künftig mehr Verantwortung für Pflegenden. In: Pflege Zeitschrift; 1-2/72, S. 16-19.

Weidner, F. (2019b): 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.

Weidner, F.; Harder, N. (2024): Pflege im Krankenhaus: Das Projekt VAPIK. In: Pflege Zeitschrift, 1/77, S. 12-15.

Weiß, T., Meißner, T., Kemper, S. (2018): Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) – Praxiskommentar. Wiesbaden: Springer Gabler.

WHO (1979): Ausbildung von Krankenpflege- und Hebammenpersonal. Symposium der Weltgesundheitsorganisation über Krankenpflegedienste. Tagung nationaler Berater für Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 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](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf) (02.02.2024).

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

## 10 Anlage

### Beschreibung der Fälle

- 1 Wissenstransfer
- 2 Dauerkatheter
- 3 Entscheidungskompetenz
- 4 Prophylaxe b. Chemotherapie
- 5 Beratungsaspekt aktivierende Pflege
- 6 Delirmanagement
- 7 KPH teilt Essen aus
- 8 Infusionstherapie
- 9 Soorbehandlung
- 10 Entlassmanagement
- 11 Erhebung Stammdaten/Anamnese
- 12 Interessenskonflikt Hygiene/Sturzprophylaxe
- 13 Wundauflage

### *Zusätzliche Fälle*

- 14 Blutzuckermanagement
- 15 Schmerzmanagement
- 16 Mobilisation

## Beschreibung der Fälle

Nr. 1	Wissenstransfer in der Kinderklinik
Beteiligte Personen / Professionen	Stationsleitungen, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, Schulleitungen
Fallsituation	<p>Eine Besprechung mit oben genannten Professionen wurde organisiert und durchgeführt. Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesetzlichen Regelungen im Zusammenhang mit den Vorbehaltsaufgaben</li> <li>• mögliche Umsetzungsstrategien</li> <li>• die Wichtigkeit des Pflegeprozesses als Grundlage für die Umsetzung von Vorbehaltsaufgaben</li> <li>• die damit verbundenen Herausforderungen für die Pflege und auch für die Praxisanleitungen</li> <li>• die Gültigkeit der Vorbehaltsaufgaben bzw. die eingeschränkte Gültigkeit für Pflegepersonen mit einem Examen in der Kinderkrankenpflege</li> </ul> <p>Alle Teilnehmenden wurden dazu angehalten, zu diesem Thema als Multiplikatoren zu fungieren und die Inhalte der Besprechung weiter zu kommunizieren.</p>

Nr. 2	Dauerkatheter
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachperson, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte
Fallsituation	<p>Aufgrund von unklaren Unterbauchschmerzen wird die 68-jährige Patientin ins Krankenhaus eingewiesen. Der verantwortliche Assistenzarzt ordnet als Teil der Aufnahmediagnostik die Anlage eines Dauerkatheters zur einmaligen Urindiagnostik an.</p> <p>Während der Anamnese erfährt die zuständige Pflegefachperson, dass die Patientin seit Jahren eigenständig und erfahren in der Versorgung mit Inkontinenzmaterial ist. Nach sorgfältiger Abwägung potenzieller Pflegeprobleme, wie dem Verlust der Selbstständigkeit, Immobilisierung und den möglichen Folgen sowie der Infektionsgefahr bei einem dauerhaft liegenden Katheter, trifft die Pflegefachperson die Entscheidung, eine Einmalkatheterisierung durchzuführen.</p>

Nr. 3	Entscheidungskompetenz
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte
Fallsituation	<p>Übernahme einer 74-jährigen Patientin mit der Diagnose ADL-Verlust aus einer der Einrichtungen. Die Patientin berichtete über eine zunehmende Schwellung der Unterschenkel und Mobilitätsverlust während ihres Aufenthalts dort. In den letzten Wochen zeigte sie eine fortschreitende Immobilität, war jedoch mit einem Rollator mobil. Sie leidet zudem an COPD und ist Raucherin (2 Packungen/Tag). Die Aufnahme erfolgte zur geriatrischen Komplexbehandlung.</p> <p>Unmittelbar vor der Verlegung (Transport ca. 45 Minuten Fahrzeit) wurde die Schmerzerfassung durchgeführt und die Patientin gab an, schmerzfrei zu sein. In der Notaufnahme wurden jedoch Schmerzen mit einer NRS von 8 festgestellt. Am folgenden Tag erfolgte keine Verlaufskontrolle, dennoch wurde eine Schmerzmedikation 4-mal täglich oral angeordnet. Am darauffolgenden Tag wurden die Schmerzen mit einer NRS von 4 gemessen. Die Patientin lehnte die Einnahme der Schmerzmittel ab. Die Pflegefachperson bestand jedoch auf der Einnahme, ohne die Schmerzintensität zu evaluieren, und berief sich auf die ärztliche Anordnung.</p> <p>Am nächsten Tag erbrach die Patientin Hämatin. Sie äußerte insbesondere das Problem, dass sie nicht rauchen dürfe. Dies führte zu schlechter Laune, Unwohlsein und dem Wunsch, nicht an der aktivierenden Pflege teilzunehmen. Die Pflegefachperson schlug vor, ein Nikotinpflaster zu verwenden, wofür jedoch eine ärztliche Anordnung erforderlich war. Die Umsetzung erfolgte daher erst am nächsten Tag.</p>

Nr. 4	Prophylaxe bei Chemotherapie
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachperson, Patient/Patientin, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	<p>Die 54-jährige Patientin mit Mamma-Ca wird im Zuge ihrer bevorstehenden ersten Chemotherapie durch den zuständigen Arzt über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt. Am Tag nach der Chemotherapie leidet sie unter Mundtrockenheit, Übelkeit und Fatigue. Die zuständige Pflegefachperson berät sie zu prophylaktischen Maßnahmen. In der Visite berichtet die Pflegefachperson von den Nebenwirkungen, über ihr Aufklärungsgespräch und die vereinbarten Maßnahmen mit der Patientin. Der zuständige Arzt fragt irritiert, seit wann Aufklärungsgespräche im Verantwortungsbereich der Pflege liegen und erzählt, dass er bereits ein Aufklärungsgespräch mit ihr geführt hat.</p>

Nr. 5	Beratungsaspekt aktivierende Pflege
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patient/Patientin, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	<p>Aufnahme eines Patienten zur geriatrischen Komplexbehandlung mit dem Ziel, allen Patienten eine therapeutisch aktivierende Pflege zukommen zu lassen. Die Pflgetrainerin unterstützt die pflegerischen Mitarbeitenden bei der Umsetzung dieses Konzepts.</p> <p>Im Rahmen einer pflegerischen Anamnese erhebt die Pflegefachperson den individuellen Pflegebedarf, darunter Bewegungsanalyse, Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse, und erstellt einen entsprechenden Pflegeplan bzw. Handlungsplan.</p> <p>Wöchentliche interdisziplinäre Zielsetzungen werden festgelegt, wobei nur die pflegerische Leitung und keine Pflegefachperson, die direkt an der Versorgung beteiligt ist, teilnimmt. Dies kann dazu führen, dass die formulierten Ziele nicht immer im Sinne des Patienten ausgerichtet sind.</p>

Nr. 6	Delirmanagement
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patient/Patientin, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	<p>Eine 75-jährige Patientin erleidet eine hüftgelenksnahe Femurfraktur durch einen Sturz. Es besteht eine Zusammenarbeit mit der Fachabteilung Geriatrie.</p> <p>Im Rahmen des Qualitätsmanagements existieren Prozessbeschreibungen für die sogenannte orthogeriatrische Zusammenarbeit. Dieser Prozess legt einen Großteil der Aufgaben in die Verantwortung der Pflegefachkräfte, darunter die Erhebung des Barthel-Index, des 4AT, ICDSC (Intensivstation) und des ISAR-Scores sowie die Beurteilung von Schmerzen.</p> <p>Die Überwachung dieses Prozesses erfolgt aktuell durch die Stationsleitung. Die Delirprävention und nicht-medikamentöse Therapie fallen in den Verantwortungsbereich der Pflege. Die medikamentöse Therapie ist nur vorgesehen, wenn pflegerische Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Stationsleitung und die Pflegefachpersonen sehen ihre pflegerischen Aufgabenbereiche in diesem Prozess nicht ausreichend.</p>

Nr. 7	Krankenpflegehilfskraft teilt Essen aus
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patient/Patientin, Krankenpflegehilfskraft
Fallsituation	<p>Auf der Normalstation der Inneren weist ein Patient ein erhöhtes Risiko für eine Lungenentzündung auf, weshalb regelmäßige Mobilisation von entscheidender Bedeutung ist, um einen ausreichenden pulmonalen Gasaustausch zu gewährleisten. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Erhalt der Mobilität des Patienten.</p> <p>Die Krankenpflegehilfskraft (KPH) teilt das Essen unter Zeitdruck aus und der Patient stimmt zu, im Bett zu essen. Dies geschieht jedoch ohne Kenntnis der Pflegeplanung und unter Zeitdruck. Hierbei entsteht ein Konflikt, da die Zielsetzung und Maßnahmenplanung der Pflegefachperson bezüglich einer ausreichenden Mobilisation im Widerspruch zu den durch die KPH durchgeführten, nicht zielführenden Maßnahmen stehen.</p>

Nr. 8	Infusionstherapie
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patient/Patientin, Angehörige, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	<p>Auf einer peripheren Station wird ein Kind mit der Diagnose "Gastroenteritis" behandelt. Zur Therapie erhält es zwei verschiedene Dauertropfinfusionen mit Elektrolyten und Glucose. Nach einigen Tagen zeigt das Kind eine Stabilisierung: Die Schleimhäute sind nicht mehr so trocken, das Hautkolorit ist rosig, und das Kind hat wieder normalen Appetit – es isst und trinkt laut Aussage der Mutter bereits wie gewohnt.</p> <p>Am Morgen begibt sich die Pflegefachperson in das Zimmer, um eine erste Einschätzung der Situation vorzunehmen. Das Kind frühstückt mit großem Appetit und trinkt bereits in großen Mengen. Die Mutter gibt an, dass die Windeln vermehrt nass werden und das Kind ausreichend einnässt. Aufgrund dieser positiven Anzeichen entscheidet die Pflegefachperson, die Dauertropfinfusion zu reduzieren. Diese Entscheidung teilt sie dem zuständigen Stationsarzt während der Visite etwa zwei Stunden später mit.</p>

<b>Nr. 9</b>	<b>Soorbehandlung</b>
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patient/Patientin, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	Beim Wickeln eines Neugeborenen bemerkt die Pflegefachperson, dass sich im Windelbereich einige rote, teilweise offene Stellen mit Pusteln gebildet haben. Da die Pflegekraft bereits mehrfach einen solchen Soor gesehen hat und momentan kein Arzt in der Nähe ist, entscheidet sie sich, die Hautoberfläche mit abgekühltem Schwarztee zu reinigen, um die entzündeten Stellen zu lindern. Zusätzlich trägt sie eine Zinksalbe auf die pilzigen Stellen auf. Bei der nächsten Versorgungsrunde gegen Mittag zeigt sie den Windelbereich dem zuständigen Dienstarzt. Dieser ordnet im Anschluss die Anwendung einer Infektosoor-Zinksalbe an.

<b>Nr. 10</b>	<b>Entlassmanagement</b>
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patient/Patientin, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	Die Beantragung von Anschlussheilbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen erfordert eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit oder Selbstständigkeit, die üblicherweise anhand des Barthel-Index erfolgt. Allerdings wird dies durch das ärztliche Personal durchgeführt und weitergeleitet. Die gesamte Entlassungsplanung erfolgt im Allgemeinen durch den ärztlichen Dienst.

<b>Nr. 11</b>	<b>Erhebung Stammdaten</b>
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachperson, Pflegehilfskräfte, Auszubildende
Fallsituation	In der Praxis wird die Erhebung der Stammdaten oft von Schülerinnen und ungelerntem Personal durchgeführt, nachdem diese Aufgaben von Pflegefachpersonen delegiert wurden. Des Weiteren ist der Pflegeprozess im Krankenhaus nicht vollständig abgebildet oder umgesetzt. Lediglich die Anamnese wird über das Stammbblatt durchgeführt.

Nr. 12	Interessenskonflikt Hygiene vs. Sturzprophylaxe
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachperson, Hygienefachkraft
Fallsituation	<p>Ein demenzerkrankter Patient, der nicht kooperativ ist und eine Hinlauftendenz zeigt, wurde aufgrund der Einweisungsdiagnose "z. n. Sturz, v. a. Schädel-Hirn-Trauma" aufgenommen. Die Pflegefachperson bemerkt, dass er sehr unruhig ist und wiederholt aufsteht, wobei er das Gleichgewicht nicht halten kann und stürzt. In Absprache mit dem Betreuer werden Bettgitter am Bett angebracht. Im Spätdienst versucht der Patient trotzdem, aus dem Bett aufzustehen, indem er über die Gitter zu steigen versucht.</p> <p>Vor dem Schichtwechsel zum Nachtdienst entscheidet sich die Pflegefachperson dazu, die Matratze auf den Boden zu legen, um das Verletzungsrisiko für den Patienten zu minimieren. Am nächsten Morgen wird die Hygienefachkraft über diese Maßnahme informiert. Aufgrund hygienischer Bedenken möchte die Hygienefachkraft, dass die Matratze umgehend vom Boden entfernt wird.</p>

Nr. 13	Wundauflage
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Wundexpertin, Patient/Patientin, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	<p>Ein Patient mit Multimorbidität weist eine chronische Wunde/Dekubitus 3. Grades an der Ferse auf. Die Pflegefachperson erkennt eine Veränderung der Wunde, erstellt eine neue Wundbeschreibung und holt die Meinung der Wundexpertin des Krankenhauses zur Mitbegutachtung ein. Die Wundexpertin empfiehlt einen Wechsel der Wundauflage.</p> <p>Die Pflegefachperson teilt diese Information dem Arzt mit und bittet um eine Anordnung für die neue Wundauflage. Dieser lehnt die Anordnung ab und bevorzugt die Beibehaltung der alten Wundauflage. Die Pflegefachperson und die Wundexpertin beziehen sich jedoch auf ihre Durchführungsverantwortung und lehnen die Verwendung der alten Wundauflage ab.</p>

## Zusätzliche Fälle

Nr. 14	Blutzuckermanagement
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachpersonen, Patient/Patientin, Ärzte und Ärztinnen
Fallsituation	<p>Eine 74-jährige Patientin wird nach einer Hüft-Endoprothesen-Implantation in einer orthopädischen Rehaklinik aufgenommen. Der akutklinische Verlauf der H-TEP war unkompliziert, jedoch war der vorbestehende Diabetes mellitus während des Aufenthalts zu stabilisieren. Die ärztliche Anordnung war, die Blutzuckerwerte über mehrere Tage zu messen und die Insulindosis subkutan zu applizieren.</p> <p>Die Pflegefachperson erfragt zu Beginn der Pflegesituation die Diabetesmanagement-Gewohnheiten der Patientin und erfährt, dass sie bisher selbst Blutzuckerwerte gemessen und Insulin injiziert hat. Die Pflegefachperson plant, die Patientin stufenweise anzuleiten, um sie wieder zu einem selbstständigen Blutzuckermanagement zu führen. In einer Teamsitzung kritisiert der Stationsarzt diese Planung und bevorzugt eine vollständig kompensatorische Übernahme des Blutzuckermanagements durch die Pflege.</p> <p>Die Pflegefachperson zeigt zunächst Einverständnis, weist jedoch auf die bisherige Lebenssituation und ihre Einschätzung der Ressourcen der Patientin hin. Sie betont den grundsätzlichen Auftrag der Pflege, Menschen zu einer möglichst selbstständigen Lebensführung zu befähigen. Nach kurzer Erläuterung des geplanten Vorgehens überzeugen ihre Argumente den Stationsarzt, der daraufhin seine Bedenken aufgibt. (Quelle: Büscher et al. DSDP 8/2023)</p>

Nr. 15	Schmerzmanagement
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachperson, Patientin, Stationsarzt
Fallsituation	<p>Eine 45-jährige Patientin erhält (auf einer onkologischen Station) im Krankenhaus eine Chemotherapie. Für die intermittierend auftretenden Schmerzen ist eine Bedarfsmedikation gemäß des WHO-Stufenschemas zur Schmerztherapie angeordnet. In Absprache mit der Patientin in einer akut-mittelgradigen Schmerzsituation – ermittelt mit dem Wert 5 auf der Numerischen Rating-Skala (NRS) – gibt die Pflegefachperson kein Medikament, sondern führt eine nichtmedikamentöse pflegerische Intervention in Form einer speziellen Lagerungstechnik durch. Aufgrund hoher Arbeitsbelastung kann die Pflegefachperson den Stationsarzt nicht zeitnah über die Durchführung dieser Maßnahme informieren. Er bemerkt einige Zeit später zufällig, dass keine Bedarfsmedikation verabreicht wurde, und wirft der Pflegefachperson die Nichtbeachtung seiner Anordnung vor. Die Patientin ist mit der Situation insgesamt zufrieden und gibt eine leichte Besserung der Schmerzen an, deren Intensität nun bei 3 bis 4 auf der NRS liegt. (Quelle: Büscher et al. DSDP 4/2023)</p>

Nr. 16	Mobilisation
Beteiligte Personen / Professionen	Pflegefachperson, Patient/Patientin, Physiotherapeut/Physiotherapeutin
Fallsituation	<p>In einem Krankenhaus befindet sich eine 66-jährige Patientin, die an fortgeschrittener Multipler Sklerose leidet. Aufgrund schwerwiegender Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und Fähigkeiten (Pflegegrad 3) - insbesondere bezüglich ihrer Mobilität aufgrund von Kraftmangel und Koordinationsproblemen - hat sie eine dauerhafte Verordnung für Physiotherapie, die im Krankenhaus umgesetzt wird. Das Pflegeziel besteht darin, einen sicheren Transfer vom Bett zum Rollator zu ermöglichen und die eigenständige Fortbewegung im Zimmer mit dem Rollator zu fördern. Während der regelmäßigen Physiotherapie werden spezielle Übungen wie Treppensteigen durchgeführt, jedoch liegt der Fokus nicht auf dem Aufstehen aus dem Bett und dem Gehen mit dem Rollator (Quelle: in Anlehnung an Fallsammlung Krautz, B. VdbP, unveröff.)</p>