



**BAYERNS STIMME
FÜR DIE PFLEGE**

Vorbehaltssaufgaben in der Praxis

**Erste Erfahrungen über die Realisierung in der
Pflege und der interprofessionellen
Zusammenarbeit**

9. Interprofessioneller Gesundheitskongress
München, 1. Juli 2022
Bernhard Krautz

ZUR „DATENBASIS“

Aktivitäten der VdPB

Fachveranstaltung
Berlin 29.06.2020

Think Tank Vorbehaltsaufgaben
Ab 03/2021; bisher 15 Sitzungen

VdPB Seminarreihe
09-10/2020
>100 TN

ASMK-AG

Inhouse-Seminare & Kongresse (online & Präsenz)
Ab 09/2020 fortlaufend
21 Veranstaltungen, **>600 TN**

Fachgespräche Leitungsebene
(Akutklinik, Psychiatrie, stationäre Pflege, BFS)
Ab 03/2021

Begleitung von Einrichtungen
(Akutklinik, stationäre Pflege)
Ab 09/2021



REAKTIONEN DER PRAXIS

Vorbehaltsaufgaben...?

Nie gehört – was ist das?

Auch das noch!

Wie sollen wir die denn umsetzen?

Welche Tätigkeiten stehen denn jetzt unter Vorbehalt?

Wer hat sich das denn ausgedacht?

Müssen wir jetzt noch mehr dokumentieren?

Das wertet die Pflege endlich mal auf!

Versteh ich nicht! Was heißt das für die Praxis?

Hört sich alles toll an, aber...

Noch mehr Paragraphen die nichts bringen!

Vorbehaltsaufgaben...

- ▶ **sind weder in der Breite noch in der Tiefe in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Pflege wirklich angekommen.**
- ▶ haben in der pflegerischen **Versorgungspraxis**, also in der direkten Patienten- und Bewohnerversorgung, bisher mehrheitlich keine Wirkung entfaltet
 - Informationsdefizit (17.07.2017!)
 - Verständnisproblem
 - fehlende Operationalisierung auf Handlungsebene
- ▶ werden auf **Leitungsebene** eher im Hintergrund thematisiert, selten mit erkennbarem Verständnis der daraus resultierenden fachlichen Führungsverantwortung und der langfristigen Potenziale für die Pflege.

Vorbehaltsaufgaben...

- ▶ sind für **Pflegeschulen** herausfordernd hinsichtlich der Möglichkeiten der Vermittlung in der theoretischer Ausbildung.
 - inhaltlich-zeitlicher Schwerpunkt der Pflegeprozessgestaltung bei fehlender Verankerung in der Praxis
 - „Wesentliches Prüfungselement sind die vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 des Pflegeberufgesetzes.“ (§ 16 Abs.2 PflAPrV)
- ▶ werden für die Ausgestaltung der **Praxisanleitung** als wichtig erkannt, bei großen Unsicherheiten bzgl. konkreter fachlich-inhaltlicher Bedeutung.
- ▶ finden bisher auch in der bundesdeutschen **pflegewissenschaftlichen Literatur** – Angesichts ihrer fundamentalen Bedeutung – erstaunlich wenig Widerhall.

Konkrete Auswirkungen

- ▶ **In der sehr großen Mehrheit: bisher keine!**
- ▶ Vereinzelt Effekte, fast nur auf formaler Ebene:
 - Absicherung der VA in Arbeitsprozessen, v.a. dort wo elektronische Doku-Systeme eingesetzt werden
 - Informations-/ Schulungsthema für Praxisanleitungen
 - Randaspekt von MD-Prüfung
 - Probleme, bisherige Aufgabenzuweisung an Nicht-PFK nicht aufrecht erhalten zu können (z.B. Reha, amb./stat. Pflege)
- ▶ Wenig Eigeninitiative von PFK zur Information über Thematik
- ▶ Fachliche Relevanz wird v.a. dort verstanden, wo der Pflegeprozess als Arbeitsinstrument gelebt und genutzt wird
- ▶ Vereinzelt werden Chancen der VA erkannt, sich fachlich-inhaltlich zu positionieren und Veränderung der Rahmenbedingungen einzufordern

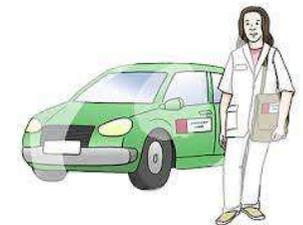
Unterschiede

- ▶ Im **Krankenhaus** besteht der schlechteste Informationsgrad
 - bisher keine Relevanz in der Praxis entfaltet;
 - spezifische Unsicherheiten (Realisierbarkeit bei sehr kurzen Verweildauern);
 - unklare Bedeutung für interdisziplinären Zusammenarbeit, v.a. für Kooperation mit Medizin;
 - unklare Relevanz in Funktionsbereichen (NotA, OP, Anäs, HKL, Endo etc.) oder bei hoher Spezialisierung (z.B. Neonatologie)



Unterschiede

- ▶ In der **stationären Langzeitpflege** eher wahrgenommen
 - Pflegeprozess wird in der Regel realisiert
 - Verantwortlichkeit der Pflegefachperson für den Pflegeprozess seit vielen Jahren bundesweit geregelt
 - MuG für Qualität in stationärer Pflege nach § 113 SGB XI
 - Aber: Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme der einzelnen Pflegefachpersonen tw. problematisch
- ▶ In der **ambulanten Pflege** ist Thematik ebenfalls punktuell angekommen
 - Wahrnehmung grds. wie s.o.
 - Zusätzlich: häufiger Vermischung mit Fragen der Heilkundeübertragung/ Verordnungsrecht für Pflegenden
 - Hinweise auf Relevanz bei MD-Prüfungen



Unterschiede

- ▶ Differenzierte Ausgangslage in den Versorgungsfeldern



Akutkrankenhaus

- Primat der Medizin
- „Nachrang“ der Pflege
- PP selten als eigenständiger Leistungsprozess erkennbar
- mittlerer Digitalisierungsgrad
- wenig externe Prüfung



Stationäre Pflege

- Primat der Pflege (?)
- PP ist primärer Leistungsprozess
- formalisiert etabliert (MuG nach § 113 SGB XI)
- hoher Digitalisierungsgrad
- (zu) hohe Aufsichts-/ Kontrolldichte



Ambulante Pflege

- Mischung aus eigenständigen SGB XI und delegierten SGB V Leistungen
- PP als Leistungsprozess etabliert
- strukturelle Fremdbestimmung (MD, Medizin)
- Digitalisierungsgrad?
- (zu) hohe Aufsichts-/ Kontrolldichte



Stationäre Psychiatrie, Reha

- gelebte Interdisziplinarität
- PP häufig integraler Bestandteil des Versorgungsprozesses
- hohe wechselseitige Bedingtheit der Berufsgruppen
- Digitalisierungsgrad und Aufsichtsdichte?

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

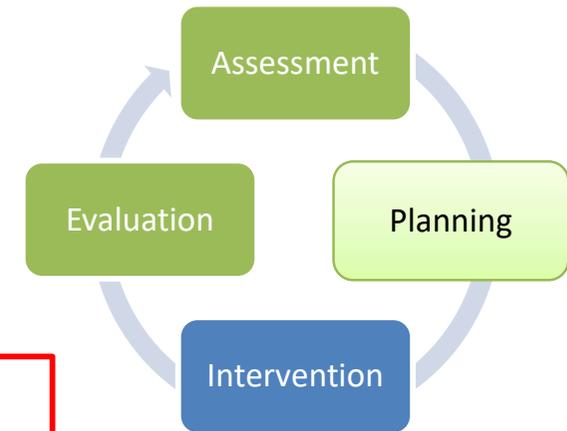
Interdisziplinarität

- ▶ Auch in der **interdisziplinären Zusammenarbeit** haben die VA in der Versorgungspraxis bisher wenig bis keine Wirkung entfaltet
 - beruhend auf allgemeiner Uninformiertheit
- ▶ In den i.d.R. gut funktionierende Kooperationsbeziehungen der Pflege zu Therapieberufen und Hebammen nur punktuell Anzeichen für Irritationen
 - Bsp. Physiotherapie in Langzeitpflegeeinrichtung
- ▶ In traditionell stärker interdisziplinären Settings (Psychiatrie, Sozialpädiatrie, Reha, Palliativ etc.) besteht erhöhte Sensibilität und Problembewusstsein, u.a. für rechtliche Inkompatibilitäten
 - Bsp. KJP: enge konzeptionelle Verflechtung von Pflege und Erziehung („integrierter Pflege- und Erziehungsprozess“), die hochgradig überschneidende Aufgabenwahrnehmung der beteiligten Berufsgruppen bedingt

Interdisziplinarität: Psychiatrie

PPP-RL des G-BA* als normsetzendes Element

- ▶ Anlage 4 Nr. 1b (Erw.Psychiatrie)
 - Pflegeprozess als Regelaufgabe für Pflegedienst hinterlegt
 - Aufgaben- und Handlungsebene ist (mittelbar) definiert
- ▶ Anlage 4 Nr. 2b (KJP) problematisch
 - **Pflegeprozess als Regelaufgabe für Pflege- und Erziehungsdienst**
 - Aber: einige der unter § 5 Abs. 2 Nr. b genannten Berufsgruppen (z.B. Erzieher, Heilerziehungspfleger) dürfen VA nicht wahrnehmen
 - Berufsrecht geht vor Leistungsrecht/ Richtlinien?
- ▶ Anlage 4 Nr. 3b (Psychosomatik) fragwürdig
 - Pflegeprozess kommt gar nicht vor
 - geht das überhaupt...?



4-stufiger Pflegeprozess nach WHO

Interdisziplinarität

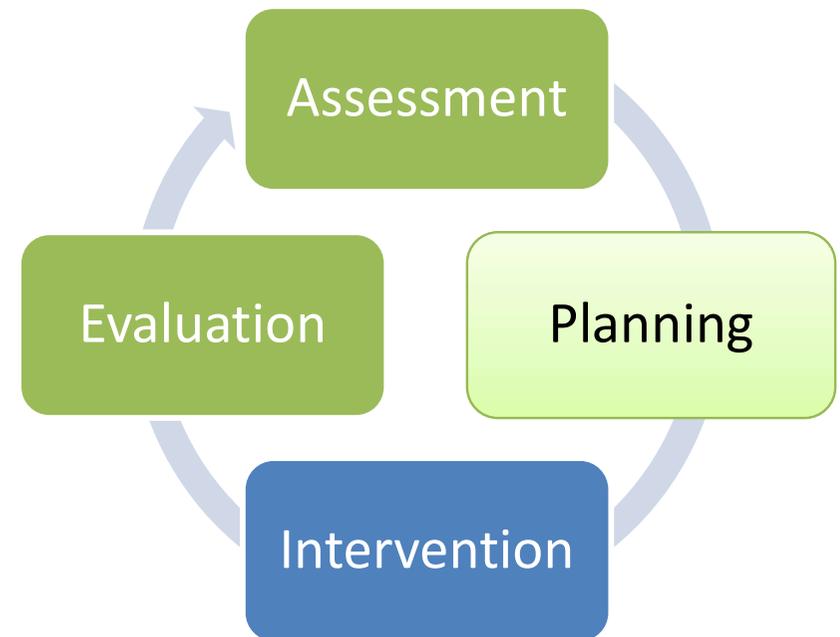
- ▶ Für die **interdisziplinären Zusammenarbeit** wird ein deutliches Diskussions- und Klärungspotenzial erkennbar
 - eigene Positionierung der Pflege zu Rolle, Verantwortung und Kooperationsverhalten?
 - Positionierung anderer Berufsgruppen?
- ▶ Gelingt Entwicklung gemeinsamer Zielperspektive i.S. der Versorgungsqualität für Patienten/ Bewohner, aus der echte Akzeptanz und Wertschätzung der Fachlichkeit des jeweils anderen resultiert?
 - gelebte Praxis ≠ Berufspolitik
- ▶ Verständnis der Ärzteschaft als „Leitprofession im Gesundheitswesen“* wirkt dafür leider wenig einladend...

ZWISCHENFAZIT: THEORIE UND PRAXIS KLAFFEN SEHR WEIT AUSEINANDER

URSACHEN

Gegenstand der Vorbehaltsaufgaben

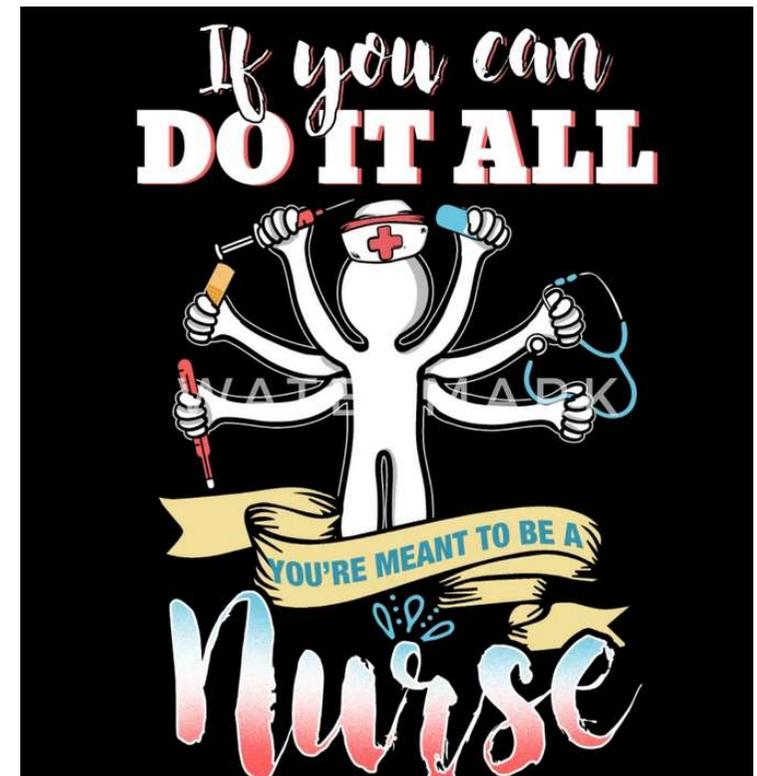
- ▶ ... ist der **Pflegeprozess**
 - seit 1985 in den Ausbildungsgesetzen verankert
 - als „*professionsspezifische analytische Arbeitsmethode*“* unabdingbares Handwerkszeug professioneller Pflege
- ▶ **Pflegeprozess findet statt, wann immer berufliche Pflege stattfindet**
 - ob bewusst und formalisiert oder auch nicht,
 - und **impliziert eine Fallperspektive** auf den zu versorgenden Menschen.



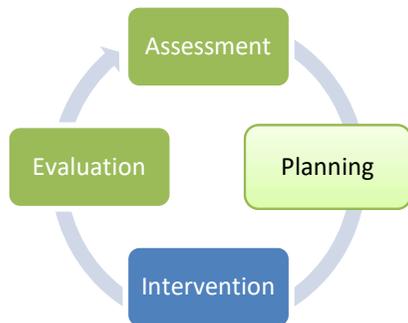
4-stufiger Pflegeprozess nach WHO

... im Kontrast zur Pflegerealität

- ▶ die durch ausgeprägte **Tätigkeitsorientierung** gekennzeichnet ist
- ▶ Fokus der Praxis liegt auf Abarbeiten einzelner Tätigkeiten
 - tradierte berufliche Sozialisation („Funktionspflege“)
 - getriggert, verstetigt und verstärkt durch ökonomische Steuerungsmechanismen (DRG, Leistungskataloge, Minutenvorgaben etc.)
 - „Trennung von Hand- und Kopfarbeit“
 - Fallperspektive eher störend
- ▶ Verständnis von Pflege als prozesshaftes Geschehen eher unterentwickelt und selten regelhaft in betrieblicher Praxis etabliert



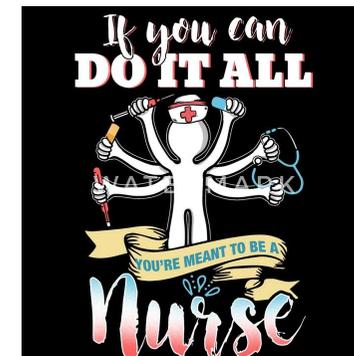
Quelle: www.spreadshirt.de



Das gesetzlich festgeschriebene, prozess- und fallorientierte Berufskonzept professioneller Autonomie und Verantwortungsübernahme...

„CLASH OF CULTURES“

... trifft auf eine Pflegerealität, die bewusst (!) nach genau gegenteiligen gesetzlichen und ökonomischen Prinzipien funktioniert.



**DIE FEHLENDE REZEPTION DER
VORBEHALTSAUFGABEN IN DER
PRAXIS IST DAHER WENIG
ÜBERRASCHEND**

PERSPEKTIVEN

Ansatzpunkte

- Fachverantwortung des Pflegemanagements aktivieren
- Befassung mit VA, Relevanz für eigene Praxis, Chancen und Potenzialen
- Auseinandersetzung mit Identität und Rolle professioneller Pflege
- Fokussierung des Pflegeprozesses als Kernleistung der Pflege ... trotz oder gerade wegen Corona!

Praxis,
Pflegefach-
personen &
Ausbildung

Selbst-
verwaltung,
Pflegewater-
schaft &
Berufsver-
bände

Berufs- &
Gesundheitsp

- intensive Information in die Berufsgruppe
- inhaltliche Befassung & Fachdiskurs
- „Ausdeutung“ (Handlungsebene, Interdisziplinarität)
- Praxisrelevanz, Potenziale, Chancen
- Bedeutung für Professionsentwicklung

- rechtliche Probleme thematisieren und adressieren -> Evaluation PflBG 2025/26!
- Kongruenz von berufs- und leistungsrechtlichen Grundprinzipien einfordern
- Weiterentwicklung Berufsbild und Versorgung: Nutzung der beruflichen Kompetenzen der Pflege für neue, bedarfsgerechte und gesundheitsorientierte Versorgungslandschaft

DER VERSUCH EINES FAZITS

**„Besondere Bedeutung kommt der
Rückbesinnung auf den Kern der Pflege zu.“**

Die „messages to go“

- ▶ Vorbehaltsaufgaben der Pflege sind zentraler Meilenstein auf dem Weg zu echter Profession Pflege.
 - Leider bekommt ´s keiner so richtig mit...
- ▶ Vorbehaltsaufgaben können nicht isoliert „implementiert“ werden.
 - Wir sind gezwungen, uns mit dem „ungeliebten Kind“ Pflegeprozess neu zu befassen.
- ▶ **Die Vorbehaltsaufgaben bieten die Chance, eine gemeinsame neue pflegerische Berufsidentität zu entwickeln.**
 - „less is more“: Rückbesinnung und Reduktion auf den Kern unserer Fachlichkeit
- ▶ Dabei sind alle – wirklich ALLE – Akteure der Pflege gefordert sich einzubringen!
 - egal welche Ausbildung wir haben; wo, wieviel und mit wem wir arbeiten; ob Berufsverband, Verein, x-rat, y-Ausschuss, Kammer oder nicht-Kammer; egal...

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Referent

Bernhard Krautz

- ▶ Krankenpfleger, Dipl.-Pfl.Manag. (FH), M.A.
- ▶ Pflegerische Tätigkeit in Chirurgie, neurologische Frühstrehre & Intensivpflege
- ▶ 20 Jahre Tätigkeit im Pflegemanagement
 - Akutkrankenhäuser & stationäre Rehabilitation
- ▶ Seit 01.07.2020 bei der VdPB
 - Professionsentwicklung Pflege
 - Schwerpunkt: Vorbehaltsaufgaben

Kontakt

Bernhard Krautz
Stabsstelle Professionsentwicklung Pflege
Vereinigung der Pflegenden in Bayern (KÖR)
Prinzregentenstraße 24 | 80538 München
Mail: bernhard.krautz@vdpb-bayern.de
Mobil: 0162 1766258

Information & Download

[Vorbehaltsaufgaben - Vereinigung der Pflegenden in Bayern \(vdpb-bayern.de\)](https://www.vdpb-bayern.de)