



TEIL 1: HINTERGRUND UND BESCHREIBUNG

1. AUSGANGSLAGE

Pflegefachpersonen orientieren sich seit Jahrzehnten am Pflegeprozess, der als Pflegeprozessmodell bereits in den 1950-iger Jahren in den USA entwickelt und in den 1970-iger Jahren u. a. durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach Europa übertragen wurde. Der ursprünglich vierschrittige Problemlösungsprozess wurde in Deutschland zeitweise zu einem sechs- bzw. fünfschrittigen Prozess ausdifferenziert. Seither gilt u.a. der Pflegeprozess mit den Schritten „Assessment, Planning, Intervention and Evaluation“ als Basis für das Handeln. Dieser Logik folgend, wurden auch diese Schritte des Pflegeprozesses in das Pflegeberufegesetz – (PfIBG) – übernommen. Erstmals wurden im § 4 des PfIBG Verantwortungsbereiche, bzw. vorbehaltliche Tätigkeiten für Pflegefachpersonen definiert. Der Pflegeprozess ausgerichtet (Deutscher Bundestag 2017).

Diese im Gesetz formulierten Vorbehaltstätigkeiten für Pflegefachpersonen zielen in der Pflegeprozessgestaltung von der Anamnese über die Aushandlung von Pflegezielen auf die Aufhebung des Pflegeprozesses nach Absatz 3 Nummer 3 bis 5 und die Qualität der Pflege. Im Gesetz heißt es in Absatz 2 dazu:

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach Absatz 3 Nummer 3 bis 5
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach Absatz 3 Nummer 3 bis 5
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach Absatz 3 Nummer 3 bis 5

Zugleich wird im Gesetz darauf hingewiesen, dass die Übernahme von vorbehaltlichen Aufgaben durch Pflegefachpersonen nur zulässig ist, wenn die erforderliche Erlaubnis haben, bzw. keinen Berufsabschluss als Pflegefachperson aufweisen.

Im § 53 des PfIBG wird zudem die Einrichtung einer Fachkommission zur Erarbeitung des Rahmenlehrplans für die Pflegefachpersonen geregelt. „Der besondere Verantwortungsbereich des Pflegefachmannes wird vor allem im selbstständigen Verantwortungsbereich der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege erfasst, die Pflegefachperson mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann vorbehaltliche Tätigkeiten ausüben darf (vgl. PfIBG § 4, Abs. 3).“

Strukturgebend für diese Rahmenlehrpläne sind die darin enthaltenen vier Konstruktionsprinzipien, die prozessorientiert sind, weniger einzelne Handlungen in den Blick nehmen (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) 2020, S. 11):

KOMPETENZORIENTIERUNG

Es erfolgt eine verstärkte Orientierung an Ausbildungszielen, die zur Entwicklung und Steigerung von Kompetenzen beitragen. Die Befähigung von Pflegefachpersonen in Bezug auf die Bearbeitung komplexer pflegerischer Situationen wird in den Blick genommen, weniger die Fähigkeit einzelne Aufgaben umzusetzen.

PFLEGEPROZESSVERANTWORTUNG UND VORBEHALTENE TÄTIGKEITEN

Hierbei wird die selbstständige Übernahme von Verantwortung im Pflegeprozess in den Blick genommen, die dabei bei der verantwortlichen Übernahme der Prozesssteuerung bei vorbehaltlichen Tätigkeiten

KERNAUFGABEN REGISTRIERTER PFLEGEFACHPERSONEN IN DER PFLEGERISCHEN PRAXIS

ENTWURF VOM 05.01.2022

INHALTSVERZEICHNIS

VORBEMERKUNG	2
--------------	---

TEIL 1: HINTERGRUND UND BESCHREIBUNG	3
--------------------------------------	---

1. AUSGANGSLAGE	3
1.1. Zielsetzung des Arbeitspapiers	4
1.2. Grundannahme zu den Kernaufgaben	5
1.2.1. Vorbehaltsaufgaben	5
1.2.2. Pflege als Heilberuf und heilkundliche Tätigkeiten	5
1.2.3. Übertragene Aufgaben durch andere Gesundheitsberufe	5
1.2.4. Aktuelle Regelungen der Kostenübernahme	6
1.2.5. Perspektive der Pflegepädagogik	6
1.2.6. Perspektive der pflegerischen Berufspolitik	6

TEIL 2: VERANSCHAULICHUNG UND KONKRETISIERUNG	7
---	---

2. VORBEHALTENE PFLEGERISCHE AUFGABEN	7
2.1. Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs	7
2.1.1. Informationssammlung und Anamnese	7
2.1.2. Feststellung und Bewertung des Pflegebedarfs	7
2.1.3. Festlegung von Zielen der pflegerischen Intervention	7
2.1.4. Planung von Pflegeinterventionen zur Zielerreichung	8
2.2. Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses	8
2.3. Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege	8

3. DURCHFÜHRUNG DER PFLEGEINTERVENTIONEN	9
--	---

4. ÜBERNAHME VON TÄTIGKEITEN ANDERER BERUFSGRUPPEN	9
--	---

LITERATURVERWEISE	9
-------------------	---

ANHANG	10
--------	----

1. VORBEHALTENE PFLEGERISCHE AUFGABEN	10
1.1. Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs	10
1.1.1. Informationssammlung und Anamnese	10
1.1.2. Feststellung und Bewertung des Pflegebedarfs	11
1.1.3. Festlegung von Zielen der pflegerischen Intervention	11
1.1.4. Planung von Pflegeinterventionen zur Zielerreichung	11
1.2. Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses	12
1.3. Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege	12

3. DURCHFÜHRUNG VON PFLEGEINTERVENTIONEN	13
--	----

4. ÜBERNAHME VON TÄTIGKEITEN ANDERER BERUFSGRUPPEN	14
--	----

VORBEMERKUNG

Die berufs- und pflegepolitischen Entwicklungen der vergangenen Jahre führten zu einer **komplexeren Arbeitsteilung in der pflegerischen Versorgung**. Neben der Zunahme an Qualifikationsniveaus innerhalb der Pflege, werden auch weitere (nicht pflegerische) Berufsgruppen in die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf miteinbezogen.

Diese Komplexität macht eine Zuordnung von Aufgaben und Tätigkeiten erforderlich. Mit dem vorliegenden Arbeitspapier soll eine erste allgemeine Grundlage geschaffen werden, mit der die Kernaufgaben von registrierten Pflegefachpersonen in der pflegerischen Praxis beschrieben werden. Dies soll einerseits den Pflegefachpersonen selbst eine **Orientierungshilfe** bieten, andererseits auch dem Pflegemanagement eine **Hilfestellung zur Organisation und Zuordnung** unterschiedlicher Aufgaben in der pflegerischen Versorgung geben.

Die **Kernaufgaben sind in diesem Dokument zunächst auf einer allgemeinen Ebene** beschrieben und kann die Bandbreite pflegerischer Handlungsfelder nicht abdecken. Dennoch soll die vorliegende Beschreibung eine Arbeitsgrundlage bieten, aus der die Kernaufgaben für das eigene Handlungsfeld abgeleitet und spezifiziert werden können.

Kernaufgaben im Sinne dieses Dokumentes sind **nicht mit Vorbehaltsaufgaben zu verwechseln**. Kernaufgaben beschreiben Aufgaben, die von Pflegefachpersonen übernommen werden, aber in Teilen auch von anderen Personen durchgeführt werden können, während Vorbehaltsaufgaben ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehalten sind.

Hierzu wird im **Ersten Teil die Ausgangslage dargelegt**, bei der neben den Vorbehaltsaufgaben des Pflegeberufgesetzes auch den Themen Heilkundeübertragung und Delegation auch die Perspektiven der Pflegepädagogik und der pflegerischen Berufspolitik Rechnung getragen wird.

Im **Zweiten Teil erfolgt eine erste Veranschaulichung und Konkretisierung** der Aufgaben anhand der Ausführungen im ersten Teil. Sie umfassen die vorbehaltenen Aufgaben, die Durchführung von Pflegeinterventionen und die Übernahme von Tätigkeiten anderer Berufsgruppen. Hier wird allerdings auf eine Aufzählung von konkreten Tätigkeiten und Handlungsschritten verzichtet. **Eine abschließende Aufzählung ist aufgrund des breiten Spektrums der professionellen Pflege nicht möglich und birgt die Gefahr einer falschen Sicherheit.**

Im Anhang erfolgt eine **beispielhafte Nennung von Tätigkeiten** in Zuordnung zu den einzelnen Aufgabenbereichen. Diese dient lediglich der Veranschaulichung, wie eine solche Zuordnung in einem beliebigen Setting erfolgen kann. **Grundsätzlich sind Pflegefachpersonen und Einrichtungen gefordert, diese Zuordnung in ihrem jeweiligen spezifischen Setting durchzuführen.**

Mit der Bezeichnung „**Pflegefachperson**“ sind Personen gemeint, die die Erlaubnis zum Führen der Bezeichnung Altenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder Pflegefachfrau/-mann besitzen. Des Weiteren gelten die in diesem Dokument verwendeten weiblichen Bezeichnungen der Kammermitglieder und weiterer Akteur/-innen einheitlich und neutral für alle Mitglieder und Funktionsbezeichnungen.

TEIL 1: HINTERGRUND UND BESCHREIBUNG

1. AUSGANGSLAGE

Pflegefachpersonen orientieren sich seit Jahrzehnten am Pflegeprozess, der als Pflegeprozessmodell bereits in den 1950–ziger Jahren in den USA entwickelt und in den 1970–ziger Jahren u. a. durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach Europa übertragen wurde. Der ursprünglich vierschrittige Problemlösungsprozess wurde in Deutschland zeitweise zu einem sechs- bzw. fünfschrittigen Prozess ausdifferenziert. Seither gilt u.a. der Pflegeprozess mit den Schritten „Assessment, Planning, Intervention and Evaluation“ als Basis pflegerischen Handelns. Dieser Logik folgend, wurden auch diese Schritte des Pflegeprozesses in das Pflegeberufegesetz – (PflBG) aufgenommen. Erstmals wurden im § 4 des PflBG Verantwortungsbereiche, bzw. vorbehaltliche Tätigkeiten für Pflegefachpersonen definiert und am Pflegeprozess ausgerichtet (Deutscher Bundestag 2017).

Diese im Gesetz formulierten Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen zielen in der Pflegeprozessgestaltung von der Anamnese über die Aushandlung von Pflegezielen, auf die Aufstellung eines Pflegeplans sowie auf die Sicherung und Evaluation der Qualität der Pflege. Im Gesetz heißt es im § 4 Absatz 2 dazu:

„Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b und
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c“.

Zugleich wird im Gesetz darauf hingewiesen, dass die Übernahme von vorbehaltlichen Aufgaben durch Personen, die dazu nicht die erforderliche Erlaubnis haben, bzw. keinen Berufsabschluss als Pflegefachperson aufweisen, durch den Arbeitgeber nicht zugelassen werden darf (vgl. PflBG § 4. Abs. 3, Klie & Krautz (2021), Weidner (2021)).

Im § 53 des PflBG wird zudem die Einrichtung einer Fachkommission zur Erarbeitung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans für die Pflegeausbildung ausgewiesen. Darauf und auf dem Pflegeberufegesetz basierend gilt: „Der besonderen Verantwortung der Pflegefachfrau/des Pflegefachmannes wird vor allem im selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich entsprochen (vgl. § 5 Abs. 3 PflBG). Mit der Feststellung des Pflegebedarfs, der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege sind Aufgaben erfasst, die Pflegefachperson mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann vorbehalten sind. Sie beschreiben zugleich die berufsspezifische Arbeitsmethode des Pflegeprozesses.“

Strukturgebend für diese Rahmenlehrpläne sind die darin enthaltenen vier Konstruktionsprinzipien, die prozessorientiert sind, weniger einzelne Handlungen in den Blick nehmen (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) 2020, S. 11):

KOMPETENZORIENTIERUNG

Es erfolgt eine verstärkte Orientierung an Ausbildungszielen, die zur Entwicklung und Steigerung von Kompetenzen beitragen. Die Befähigung von Pflegefachpersonen in Bezug auf die Bearbeitung komplexer pflegerischer Situationen wird in den Blick genommen, weniger die Fähigkeit einzelne Aufgaben umzusetzen.

Mit dem Bologna Prozess aus dem Jahr 1999 sollten Ausbildungs- und Studienziele vereinheitlich und das Ausbildungssystem durchgängiger gestaltet werden, damit war eine verstärkte Orientierung an Kompetenzen verbunden. Dazu wurde in Deutschland der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) mit acht Ebenen für unterschiedliche Abschlüsse im deutschen Bildungssystem beschrieben¹. Von einem reinen Hilfsberuf bis zur abgeschlossenen Promotion. Diese unterschied-

¹ (<https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/deutscher-qualifikationsrahmen-dqr-niveaus.html> / Zugriff 11.11.2021)

lichen Ebenen umfassen, dem jeweiligen Abschluss angemessen, die jeweiligen Kompetenzen. Ein Beispiel dafür ist das Curriculum zur speziellen Schmerzpflege (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflegefortbildung & Schmerz, 2021). Die Kompetenzen gliedern sich dabei in Fachkompetenz und Personale Kompetenz².

PFLEGEPROZESSVERANTWORTUNG UND VORBEHALTENE TÄTIGKEITEN

Hierbei wird die selbstständige Übernahme von Verantwortung im Pflegeprozess in den Blick genommen, dies gilt insbesondere bei der verantwortlichen Übernahme der Prozesssteuerung bei Vorbehaltsaufgaben.

SITUATIONSORIENTIERUNG

Die jeweiligen Anforderungen der individuellen Situation und der Pflegebedarf des betroffenen Menschen werden mit den Kompetenzen der handelnden Personen verknüpft³.

ENTWICKLUNGSLOGIK

Die zu entwickelnden fachlichen und personalen Kompetenzen sollten sich über den gesamten Ausbildungsverlauf im Berufsverlauf weiterentwickeln.

Pflege im Sinne des Pflegeberufgesetzes umfasst „präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung Förderung und Wiedererlangung oder Verbesserung des physischen und psychischen Zustandes der zu Menschen mit Pflegebedarf, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemeinen Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.“ (vgl. PflBG § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2)

1.1. ZIELSETZUNG DES ARBEITSPAPIERS

Aufgrund des geltenden Pflegeverständnisses des International Council of Nursing (ICN)⁴ und der rechtlichen Rahmenbedingungen wie bspw. des Pflegeberufgesetzes wird eine Zuordnung und Darstellung des Aufgaben- und Tätigkeitsspektrums registrierter Pflegefachpersonen, die als Angehörige eines Heilberufs in der pflegerischen Praxis arbeiten, vorgenommen.

Das vorliegende Arbeitspapier richtet sich insbesondere an Pflegefachperson in der direkten Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf sowie im Pflegemanagement. Es soll eine Arbeitsgrundlage und Orientierung bieten, sich dem Thema pflegerische Aufgaben und insbesondere den Vorbehaltsaufgaben aktiv und lösungsorientiert anzunähern und mit ihm auseinanderzusetzen und entsprechende Konzepte mitzugestalten und umzusetzen. Diese Konzepte sollen Handlungssicherheit in der pflegerischen Versorgung schaffen und professionelle, zukunftsfähige Pflege ermöglichen.

Mit der Zusammenstellung und Zuordnung von Aufgaben und Tätigkeiten in der Pflege soll ein Beitrag zur Professionalisierung der Pflege in allen Handlungsfeldern geleistet werden, die aber nicht abschließend bzw. vollumfassend sein kann.

Dabei soll deutlich werden, dass zur sicheren Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf die Vorbehaltsaufgaben des Pflegeberufgesetzes nur durch Pflegefachpersonen erbracht werden können. Pflegefachperson sollten sich diesem Selbstwert bewusstwerden.

² <https://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA160.pdf> // Zugriff 21.12.2021

³ Hardin SR, Kaplow R (2020) Das Synergiemodell für Pflegeexzellenz. Menschen in der Akut- und Intensivpflege exzellent pflegen. Hogrefe Verlag Bern

⁴ ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitet 2021. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB_clean.pdf

Des Weiteren ermöglicht die Zusammenstellung und Zuordnung der Aufgaben und Tätigkeiten einen Einstieg in die Erstellung von Aufgaben- und Kompetenzprofilen. Bei zunehmenden Skill-Mix sollen diese transparent darstellen, wer mit welcher Qualifikation welche Pflegeleistungen erbringen kann bzw. darf. Die Pflegefachperson wird dabei eine Garantenstellung einnehmen.

1.2. GRUNDANNAHME ZU DEN KERNAUFGABEN

1.2.1. VORBEHALTSAUFGABEN

Pflegefachpersonen verantworten Tätigkeiten, die einer definierten Berufsgruppe vorbehalten sind. Zu ihren Vorbehaltsaufgaben gehören nach § 4 Pflegeberufegesetz:

- die Steuerung des Pflegeprozesses,
- die Pflegeanamnese,
- die Organisation und Gestaltung sowie
- die Evaluation des Pflegeprozesses.

Die Wahrnehmung dieser Vorbehaltsaufgaben ist dabei in Abstimmung aller an der Versorgung und Betreuung Beteiligten zu erarbeiten:

- mit dem Menschen mit Pflegebedarf und ggf. seinen An- und Zugehörigen,
- mit den an der Therapieplanung beteiligten Akteuren der Gesundheitsberufe,
- mit den für die Hilfeplanung verantwortlichen Beschäftigten der Sozialen Dienste oder
- mit der/dem für den Betreuungsplan verantwortlichen gesetzlichen Betreuerin bzw. des Betreuers.

1.2.2. PFLEGE ALS HEILBERUF UND HEILKUNDLICHE TÄTIGKEITEN

Die Tätigkeit als Pflegefachperson ist eine heilberufliche Tätigkeit im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz. Ihre Tätigkeit ist durch die Arbeit an und mit Menschen mit Pflegebedarf geprägt. (vgl. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag 2016).

Das Pflegeberufegesetz sieht, bislang im Rahmen von Modellvorhaben, zur Weiterentwicklung des Berufes die Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vor. (vgl. § 14 PflBG) Die Modellvorhaben sind aktuell in § 63 Abs. 3c sowie § 64d Fünftes Sozialgesetzbuch geregelt. Die zur Durchführung der Modellvorhaben entwickelten Curricula umfassen die Bereiche:

- Diabetische Stoffwechsellaage
- Chronische Wunden
- Demenz
- Hypertonus
- Schmerzen

1.2.3. ÜBERTRAGENE AUFGABEN DURCH ANDERE GESUNDHEITSBERUFE

Neben den ihnen vorbehaltenen Aufgaben üben Pflegefachpersonen auch Tätigkeiten aus, die an sie delegiert werden, z. B. durch Ärztinnen. Dabei handelt es sich um Tätigkeiten, für die Pflegefachpersonen die Durchführungsverantwortung haben. Eine Aufgabe kann dann an Angehörige nicht-ärztlicher Berufe delegiert werden, wenn diese die erforderliche formale und materielle Kompetenz mitbringen. Im Rahmen der häuslichen Versorgung können auch Angehörigen Aufgaben der sogenannten Behandlungspflege übertragen werden, von der subkutanen Injektion bis zur Portversorgung. Voraussetzung ist immer, dass die Personen zuverlässig sind, die nötigen Kompetenzen erworben haben (sei es auch nur für den bestimmten Einzelfall) und der Mensch mit Pflegebedarf dem zustimmt.

Im Sozialrecht werden ärztlich delegierte Tätigkeiten, die etwa ein Pflegedienst erbringt, nur dann durch die Krankenkassen finanziert, wenn Pflegefachpersonen sie leisten (Näheres hierzu in Kapitel 1.2.4).

Die jeweiligen Einrichtungen können festlegen, welche Tätigkeiten aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich an Pflegefachpersonen delegiert und von diesen durchgeführt werden können. Diese Übertragung gilt dann allerdings nur für den jeweiligen Tätigkeitsbereich und nur beim jeweiligen Arbeitgeber und ist nicht generell geregelt. Von daher ist es nicht möglich zu beschreiben, welche delegierten Tätigkeiten stets zu den Aufgaben von Pflegefachpersonen gehören.

1.2.4. AKTUELLE REGELUNGEN DER KOSTENÜBERNAHME

Mit der Zuschreibung von vorbehaltlichen Aufgaben ist erstmalig geklärt, dass diese Aufgaben ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehalten sind. Allerdings ist bis zum heutigen Tag nicht exakt definiert, welche delegierbaren Tätigkeiten von Pflegefachpersonen übernommen werden können. Was im Einzelnen an praktischen Tätigkeiten ausgeführt wird und welcher Qualifikation es bedarf, bleibt den jeweiligen Verantwortlichen überlassen, oder wird durch Kostenträger vorgegeben (z.B.: ambulante Pflege: Leistungskatalog) und der HKP-Richtlinie⁵. Das bedeutet ein hohes Maß an vor allem haftungsrechtlicher Unsicherheit für Pflegefachpersonen.

- Die Durchführungsverantwortung für medizinisch veranlasste Leistungen (s. Ausbildungsziel nach § 5 Abs. 3 Nr. 2 PflBG/„Behandlungspflege“) ist für die Ausgestaltung der Vorbehaltsaufgaben **nicht** relevant, aber kann delegiert werden.
- Es gibt keine dem SGB XI vergleichbare Definition pflegerischer Leistungen im SGB V, nur pauschale Leistungsansprüche auf Pflege z.B. in SGB V §§ 24c/f/g (Schwangerschaft und Entbindung), § 27 i.V.m. § 37 (häusliche Krankenpflege zur Verkürzung/ Vermeidung Krankenhausbehandlung), § 37b (Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung), § 39 (Krankenhausbehandlung), § 39c (KZP ohne Pflegebedürftigkeit),
- im Bereich SGB V bestehen nicht überall klar definierte Anlässe und Aufgabenumfänge
- Anspruch auf Pflegeleistung bzw. Anlass der Pflegebeziehung ist häufig (scheinbar!) „nur“ ein begleitendes Phänomen eines primär medizinischen Behandlungsanlasses
- vielfach leistungsrechtlich fokussiert, v.a. aber in der Praxis ergeben sich überschneidende Verantwortlichkeiten

1.2.5. PERSPEKTIVE DER PFLEGEPÄDAGOGIK

Die Ausbildung von Pflegefachpersonen wird unter anderem durch das Pflegeberufegesetz (verabschiedet vom Deutschen Bundestag 2017), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (verabschiedet vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2016) und die Rahmenlehrpläne (verabschiedet vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.) 2020) bestimmt. Relevant ist dabei, dass die Ausbildung auf die Kompetenzorientierung, die Pflegeprozessverantwortung und vorbehaltene Tätigkeiten und die Situationsorientierung zielt, nicht primär auf das Einüben von Einzeltätigkeiten. Diese Einzeltätigkeiten sind in den Rahmen der Pflegeprozessverantwortung eingebettet. Eine ausführliche Darlegung der relevanten Literatur findet sich in den umfangreich in der Quellenangabe ausgewiesenen Veröffentlichungen. Diese erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

1.2.6. PERSPEKTIVE DER PFLEGERISCHEN BERUFSPOLITIK

Aus Sicht der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz muss bei der Implementierung und der Umsetzung des Gesetzes (PflBG 2017) die pflegefachliche Expertise weiterhin eingebunden werden. Die Bereitstellung einer bestmöglichen, qualitativ hochwertigen Pflegeleistung betrifft unmittelbar die Berufsausübung der Pflegefachpersonen. Die Definierung von Qualitätsanforderungen und Qualifikationsprofilen muss daher zwingend mit Vertreterinnen und Vertretern der Berufsgruppe und deren beruflicher Selbstverwaltung abgestimmt werden.

⁵ <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/>

Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) initiiert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit Ende 2019 einen Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich. Gegenstand des Strategieprozesses ist die systematische Analyse von Versorgungsprozessen mit pflegerischer Beteiligung und die Klärung der zukünftigen Rolle von Pflegefachpersonen in diesen Versorgungsprozessen. Ziel ist es, geeignete Prozesse zu konkretisieren, interprofessionelle und teambasierte Zusammenarbeit voranzutreiben und Kompetenzen der Pflegefachpersonen zielgerichtet zu nutzen. Hierzu zählt u.a. die Entwicklung eines Rahmens, in dem Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen (Fertigkeiten, Wissen und Haltung) (Dütthorn 2015) in dem definierte Prozeduren oder Maßnahmen verantwortlich einsetzen können⁶.

TEIL 2: VERANSCHAULICHUNG UND KONKRETISIERUNG

In diesem Teil soll eine Zuordnung konkreter Aufgaben und Tätigkeiten anhand der im Ersten Teil vorgestellten Ausführungen erfolgen. Diese Zuordnung orientiert sich dabei am Pflegeprozess in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und dient in erster Linie der Veranschaulichung, wie eine Umsetzung insbesondere der Vorbehaltsaufgaben organisiert werden kann. Grundsätzlich muss in jedem Setting sowie in jeder Einrichtung überlegt werden, welche Aufgaben sich aus dem im Ersten Teil beschriebenen Pflegeverständnis ergeben und wie diese organisiert werden kann. Dabei bedarf es einer grundsätzlichen Klärung des jeweils zugrundeliegenden Pflegeverständnisses und welche Pflegemodelle und -konzepte (wie etwa die Pflegemodelle nach Henderson oder Juchli) sie begründen (siehe 1.Ausgangslage/Entwicklungslogik). Auch diese können je nach Fachbereich, Setting, Einrichtung und der dort zu versorgenden Menschen mit Pflegebedarf variieren. Die beispielhaft genannten Tätigkeiten können und sollen daher nicht als abschließend gesehen werden. Eine abschließende Auflistung von Tätigkeiten ist aufgrund des breiten Spektrums der professionellen Pflege auch gar nicht möglich.

2. VORBEHALTENE PFLEGERISCHE AUFGABEN

2.1. ERHEBUNG UND FESTSTELLUNG DES INDIVIDUELLEN PFLEGEBEDARFS

2.1.1. Informationssammlung und Anamnese

Hierzu gehören neben der Erhebung von Eigen- und Fremdanamnese auch die Biografiearbeit, die neben der Erfassung von biografischen Ereignissen auch die Erfassung von Teilhabemöglichkeiten, Sozialstatus, Werthaltungen und Bewältigungsstrategien umfasst.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die körperliche Stuserhebung durch klinische Beobachtung (z. B. Atmung, Kreislaufsituation, Bewusstsein) in Kombination mit konkreten Messungen (z. B. von Vitalparametern) und strukturierten Assessmentinstrumenten (z. B. zur Einschätzung des Dekubitusrisikos oder der Sturzgefährdung).

2.1.2. Feststellung und Bewertung des Pflegebedarfs

Dies erfolgt anhand der durchgeführten Anamnese, der Risikoeinschätzung und der Ressourcendiagnostik und wird dokumentiert. Dabei können auch bestehende pflegediagnostische Klassifikationssysteme (wie z. B. die NANDA-Pflegediagnosen) verwendet werden.

2.1.3. Festlegung von Zielen der pflegerischen Intervention

Anhand des festgestellten Pflegebedarfs werden in Zusammenarbeit mit dem Menschen mit Pflegebedarf und ggf. seinen Zugehörigen Pflegeziele festgelegt und formuliert. Dies erfordert die Organisation und Ausgestaltung von Aushandlungsprozessen zur Auswahl und Festlegung der Pflegeziele. Die Zusammenarbeit mit dem Menschen mit Pflegebedarf kann durch Förderung der Compliance, Adhärenz und der Motivation gestärkt werden.

² KAP AG 3 HF 1 Einleitung (S. 92 v. 182)

Die vereinbarten Pflegeziele werden operationalisiert und messbar in der Pflegeplanung festgehalten. Hierzu können strukturierte Methoden und Instrumente zur Zielformulierung zur Anwendung kommen.

2.1.4. Planung von Pflegeinterventionen zur Zielerreichung

Pflegeinterventionen dienen der Erreichung der festgelegten Pflegeziele. Sie sollen evidenzbasiert sein und sich an den formulierten Pflegezielen orientieren. Dabei werden auch Ressourcen der Menschen mit Pflegebedarf selbst, aber auch ihrer Angehörigen und ihres Umfeldes miteinbezogen.

Pflegeinterventionen werden unter der Prämisse pflegerischer Erfordernisse entsprechend dem Stand der Wissenschaft und der Forschung, der Wahrung der Selbstbestimmung und Autonomie des Menschen mit Pflegebedarfs ausgewählt und mit ihm und ggf. seinen Zugehörigen kommuniziert und abgestimmt.

2.2. ORGANISATION, GESTALTUNG UND STEUERUNG DES PFLEGEPROZESSES

Hier geht es um die konkrete Umsetzung der aufgestellten Pflegeplanung. Dies beinhaltet nicht zuletzt die Abstimmung und Organisation, wie und von wem die geplanten Pflegeinterventionen durchgeführt werden. So ist beispielsweise die Durchführung von Pflegemaßnahmen keine Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen sie kann also durch andere Berufsgruppen, Assistenzpersonen oder auch pflegenden Angehörigen erfolgen, jedoch erfordert dies die Abstimmung und Koordination durch die verantwortliche Pflegefachperson.

Hinzu kommt, dass bei der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses auch die Bedingungen im jeweiligen Setting, im Pflgeteam oder aber auch innerhalb der Umgebung der Personen mit Pflegebedarf (dies kann das räumliche und soziale Umfeld, aber auch die wirtschaftliche Situation betreffen) berücksichtigt werden müssen.

Im Kontext der Organisation, der Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses fallen je nach Versorgungsbereich auch Aufgaben an, die nicht unmittelbar in Zusammenarbeit und in Beziehung mit den Menschen mit Pflegebedarf durchgeführt werden und daher als „indirekte Aufgaben“ betrachtet werden.

2.3. ANALYSE, EVALUATION, SICHERUNG UND ENTWICKLUNG DER QUALITÄT DER PFLEGE

Die Evaluation der durchgeführten Pflege dient einerseits der Überprüfung, ob die festgelegten Ziele erreicht wurden und der Bewertung der hierfür geplanten Pflegeinterventionen. Daraus ableitend, eine anlassbezogene Anpassung der Ziele und der Pflegeinterventionen, wenn das gewünschte Zielergebnis nicht erreicht wurde. Darüber hinaus dient sie auch der Qualitätssicherung sowie der Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Hierzu gehören folgende Aufgaben:

- Bewertung der Dokumentation
Verlaufsdokumentation (prozessorientiert) durch kontinuierliche
Einschätzung der Pflegefachperson z.B. anhand von Assessmentinstrumenten)
- Erfassung der Erreichung der Pflegeziele
- Einschätzung der Wirksamkeit der Interventionen
- Eventuelle Prozessanpassungen
- Ethische Bewertung und Entscheidungsfindung
- Fehlermanagement
- Nutzung von Pflegevisiten und Befragungen

3. DURCHFÜHRUNG VON PFLEGEINTERVENTIONEN

Die Durchführung von Pflegeinterventionen ist nach dem Pflegeberufgesetz keine Vorbehaltsaufgabe. Das heißt, diese können auf von anderen Berufsgruppen, Assistenzpersonen oder Angehörigen durchgeführt werden. Die Planung der Pflegeinterventionen sowie die Steuerung des Pflegeprozesses bleibt jedoch Pflegefachpersonen vorbehalten (s. Kapitel 2.1.4 und 2.2). Dies schließt auch die Übertragung der Pflegeinterventionen an andere ein. Von wem und mit welcher Qualifikation eine Pflegeintervention durchgeführt wird, muss daher auch mit der verantwortlichen Pflegefachperson abgestimmt werden. Diese muss sich vergewissern, dass die notwendige Kompetenz vorhanden ist und die Tätigkeit sicher beherrscht wird.

4. ÜBERNAHME VON TÄTIGKEITEN ANDERER BERUFSGRUPPEN

Wie im Ersten Teil aufgezeigt, können unterschiedliche Tätigkeiten anderer Berufsgruppen (z. B. der Ärztinnen) Pflegefachpersonen im Sinne einer professionellen pflegerischen Versorgung übertragen werden. Im Sinne der Durchführungsverantwortung sollten diese Aufgaben nur durchgeführt werden, wenn die hierfür notwendige Kompetenz sichergestellt ist und die jeweilige Tätigkeit beherrscht werden. Dies entspricht auch der Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. (siehe § 4 Abs. 4, § 7 Abs. 1 sowie § 20 Abs. 2 der Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz).

Welche Tätigkeiten von Pflegefachpersonen übernommen werden können hängt nicht nur vom Setting und dem konkreten Tätigkeitsbereich ab, sondern nicht zuletzt davon wie dies von verantwortlichen Personen in Einrichtungen entschieden und organisiert wird. (s. Kapitel 1.2.3 im Ersten Teil). Eine allgemeingültige Aufzählung von übertragenen Tätigkeiten kann an dieser Stelle daher nicht stattfinden.

LITERATURVERWEISE

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.). (2020). „Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung vom 1. August 2019.“ Zugriff am: 10.11.2021, von: <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2016). „Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufgesetzes.“ Zugriff am: 13.04.2016, von: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/160113-pflegeberufsgesetz.html>.

Deutscher Bundestag. (2017). „Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz—PflBRefG).“ Zugriff am: 17.02.2021, von: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jump-To=bgbl117s2581.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1614269350443.

Dütthorn, N. (2015). „Pflugespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum — eine empirische Studie zur Inhomogenität des Kompetenzbegriffs.“ Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich Zugriff am: 10.11.2021, von: http://www.bwpat.de/spezial10/duetthorn_gesundheitsbereich-2015.pdf.

Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. (2016). „Heilberufe in Deutschland Berufsfelder, Ausbildung und Ausbildungskosten, Verdienst.“ Zugriff am: 10.11.2021, von: <https://www.bundestag.de/resource/blob/418610/198af9fa-e0d559572b69be74e301d0b9/WD-9-100-15-pdf-data.pdf>

ANHANG

In diesem Teil soll eine Zuordnung konkreter Aufgaben und Tätigkeiten anhand der im Ersten Teil vorgestellten Ausführungen erfolgen. Diese Zuordnung orientiert sich dabei am Pflegeprozess in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und dient in erster Linie der Veranschaulichung, wie eine Umsetzung insbesondere der Vorbehaltsaufgaben organisiert werden kann. Grundsätzlich muss in jedem Setting sowie in jeder Einrichtung überlegt werden, welche Aufgaben sich aus dem im Ersten Teil beschriebenen Pflegeverständnis ergeben und wie diese organisiert werden kann. Dabei bedarf es einer grundsätzlichen Klärung des jeweils zugrundeliegenden Pflegeverständnisses und welche Pflegemodelle und -konzepte (wie etwa die Pflegemodelle nach Henderson oder Juchli) sie begründen. Auch diese können je nach Fachbereich, Setting, Einrichtung und der dort zu versorgenden Menschen mit Pflegebedarf variieren. Die beispielhaft genannten Tätigkeiten können und sollen daher nicht als abschließend gesehen werden. Eine abschließende Auflistung von Tätigkeiten ist aufgrund des breiten Spektrums der professionellen Pflege auch gar nicht möglich. Vielmehr birgt eine reine Auflistung von Tätigkeiten die Gefahr, durch diese eine falsche Sicherheit vermittelt zu bekommen.

1. VORBEHALTENE PFLEGERISCHE AUFGABEN

1.1. ERHEBUNG UND FESTSTELLUNG DES INDIVIDUELLEN PFLEGEBEDARFS

1.1.1. Informationssammlung und Anamnese

Hierzu gehören neben der Erhebung von Eigen- und Fremdanamnese auch die Biografiearbeit, die neben der Erfassung von biografischen Ereignissen auch die Erfassung von Teilhabemöglichkeiten, Sozialstatus, Werthaltungen und Bewältigungsstrategien umfasst.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die körperliche Statuserhebung durch klinische Beobachtung (z. B. Atmung, Kreislaufsituation, Bewusstsein) in Kombination mit konkreten Messungen (z. B. von Vitalparametern) und strukturierten Assessmentinstrumenten (z. B. zur Einschätzung des Dekubitusrisikos oder der Sturzgefährdung).

BEISPIELE:

INFORMATIONSSAMMLUNG DURCH INDIVIDUELLE SITUATIONSEINSCHÄTZUNG UND KLINISCHE BEOBACHTUNG UND BEURTEILUNG

- Atembeobachtung
- Puls
- Blutdruck
- Körpertemperatur
- Haut- und Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegung
- Schlaf
- Bewusstsein

KÖRPERLICHE STATUSERHEBUNG

- Untersuchung des Hautzustandes, der Beweglichkeit, des Ernährungszustandes
- Messung der Vitalparameter (Puls, Blutdruck, Atmung, Körpertemperatur), Gewicht, Größe etc.
- Einschätzung der Bewusstseinslage
- Bewertung und Untersuchung der Ausscheidungen

BEGRÜNDETE AUSWAHL UND ANLASSBEZOGENE ANWENDUNG VON ASSESSMENTINSTRUMENTEN

ZUM BEISPIEL ZUR:

- Bewertung der Sturzgefährdung
- Dekubitusrisikoeinschätzung
- Bewertung der Ernährungssituation
- Bewertung der Mobilität
- Bewertung von Schmerzen
- Bewertung der Atmung
- Bewertung eines Delirs
- Bewertung des kognitiven Status

RESSOURCENDIAGNOSTIK ZUM BEISPIEL:

- Intrinsische Motivation
- Hilfsmittel
- Vorlieben und Fähigkeiten von Menschen mit Pflegebedarf und ihrem sozialen Umfeld
- Erfahrung mit Kranksein und mögliche Bewältigungsstrategien

1.1.2. Feststellung und Bewertung des Pflegebedarfs

Dies erfolgt anhand der durchgeführten Anamnese, der Risikoeinschätzung und der Ressourcendiagnostik und wird dokumentiert. Dabei können auch bestehende pflegediagnostische Klassifikationssysteme (wie z. B. die NANDA-Pflegediagnosen) verwendet werden.

ZUORDNUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN UNTER VERWENDUNG VON PFLEGEDIAGNOSTISCHEN

KLASSIFIKATIONSSYSTEMEN WIE ZUM BEISPIEL:

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)
- International Classification of Nursing Practice (ICNP)
- Nursing Interventions Classification (NIC)
- Nursing Outcomes Classification (NOC)

1.1.3. Festlegung von Zielen der pflegerischen Intervention

Anhand des festgestellten Pflegebedarfs werden in Zusammenarbeit mit dem Menschen mit Pflegebedarf und ggf. seiner Zugehörigen Pflegeziele festgelegt und formuliert. Dies erfordert die Organisation und Ausgestaltung von Aushandlungsprozessen zur Auswahl und Festlegung der Pflegeziele. Die Zusammenarbeit mit dem Menschen mit Pflegebedarf kann durch Förderung der Compliance, Adhärenz und der Motivation gestärkt werden.

Die vereinbarten Pflegeziele werden operationalisiert und messbar in der Pflegeplanung festgehalten. Hierzu können strukturierte Methoden und Instrumente zur Zielformulierung zur Anwendung kommen.

- Organisation und Ausgestaltung von Aushandlungsprozessen zur Auswahl und Festlegung der Pflegeziele
- Compliance- /Adhärenz- und Motivationsförderung zur Mitarbeit an der Zielerreichung
- Operationalisierte Festlegung und Formulierung von messbaren, realistischen und angepassten Pflegezielen (z.B. nach dem SMART-Prinzip spezifische, messbare, angemessene, realistische und terminierte Ziele formulieren)

1.1.4. Planung von Pflegeinterventionen zur Zielerreichung

Pflegeinterventionen dienen der Erreichung der festgelegten Pflegeziele. Sie sollen evidenzbasiert sein und sich an den formulierten Pflegezielen orientieren. Dabei werden auch Ressourcen der Menschen mit Pflegebedarf selbst, aber auch ihrer Angehörigen und ihres Umfeldes miteinbezogen.

Pflegeinterventionen werden unter der Prämisse pflegerischer Erfordernisse entsprechend dem Stand der Wissenschaft und der Forschung, der Wahrung der Selbstbestimmung und Autonomie des Menschen mit Pflegebedarfs ausgewählt und mit ihm und ggf. seinen Zugehörigen kommuniziert und abgestimmt.

- Evidenzbasierte Interventionen passend zur Zielerreichung
- Ressourcen der Menschen mit Pflegebedarf, ihrer Angehörigen und des Umfeldes zur Problemlösung einbeziehen.
- Pflegeinterventionen unter der Prämisse größtmöglicher Selbstbestimmung und Autonomie des Pflegeempfängers auswählen
- Ziele mit Menschen mit Pflegebedarf und eventuell Angehörigen kommunizieren und abstimmen.
- Interventionen im Rahmen von Pflegestandards und Expertenstandards.

1.2. ORGANISATION, GESTALTUNG UND STEUERUNG DES PFLEGEPROZESSES

Hier geht es um die konkrete Umsetzung der aufgestellten Pflegeplanung. Dies beinhaltet nicht zuletzt die Abstimmung und Organisation, wie und von wem die geplanten Pflegeinterventionen durchgeführt werden. So ist beispielsweise die Durchführung von Pflegemaßnahmen keine Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen, sie kann also durch andere Berufsgruppen, Assistenzpersonen oder auch pflegenden Angehörigen erfolgen, jedoch erfordert dies die Abstimmung und Koordination durch die verantwortliche Pflegefachfrau bzw./-mann.

Hinzu kommt, dass bei der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses auch die Bedingungen im jeweiligen Setting, im Pflgeteam oder aber auch innerhalb der Umgebung der Personen mit Pflegebedarf (dies kann das räumliche und soziale Umfeld, aber auch die wirtschaftliche Situation betreffen) berücksichtigt werden müssen.

Im Kontext der Organisation, der Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses fallen je nach Versorgungsbereich auch Aufgaben an, die nicht unmittelbar in Zusammenarbeit und in Beziehung mit den Menschen mit Pflegebedarf durchgeführt werden und daher als „indirekte Aufgaben“ betrachtet werden.

DIESE UMFASSEN ZUM BEISPIEL:

- Aufgaben bei der Prozesssteuerung
- Multiprofessionelle Abstimmung aller am Pflegeprozess beteiligter Professionen
- Interne Arbeitsbesprechungen (Übergaben, Teambesprechungen etc.)
- Begleitung ehrenamtlicher Helfer
- Praxisanleitung

1.3. ANALYSE, EVALUATION, SICHERUNG UND ENTWICKLUNG DER QUALITÄT DER PFLEGE

Die Evaluation der durchgeführten Pflege dient einerseits der Überprüfung, ob die festgelegten Ziele erreicht wurden und der Bewertung der hierfür geplanten Pflegeinterventionen. Daraus ableitend, eine anlassbezogene Anpassung der Ziele und der Pflegeinterventionen, wenn das gewünschte Zielergebnis nicht erreicht wurde. Darüber hinaus dient sie auch der Qualitätssicherung sowie der Qualitätsentwicklung in der Pflege.

HIERZU GEHÖREN FOLGENDE AUFGABEN:

- Bewertung der Dokumentation z.B. Verlaufsdokumentation (prozessorientiert) des gesamten Pflegeprozesses
- Prüfung der Verlaufsdokumentation auf Plausibilität in Bezug zu den Pflegeinterventionen
- Pflegevisiten und Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team
- Erfassung der Erreichung der Pflegeziele
- Einschätzung der Wirksamkeit der Interventionen
- Anlassbezogene und bedarfsgerechte Prozessanpassungen (z.B. wenn das gewünschte Ziel nicht erreicht wurde)
- Ethische Bewertung und Entscheidungsfindung

- Fehlermanagement
- Befragungen der zu betreuenden Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Zugehörigen
- Analyse und Bewertung der stattgefundenen Prozesse
- Abstimmung mit allen am Pflegeprozess Beteiligten.

3. DURCHFÜHRUNG VON PFLEGEINTERVENTIONEN

Die Durchführung von Pflegeinterventionen ist nach dem Pflegeberufegesetz keine Vorbehaltsaufgabe. Das heißt, diese können von anderen Berufsgruppen, Assistenzpersonen oder Angehörigen durchgeführt werden. Die Planung der Pflegeinterventionen sowie die Steuerung des Pflegeprozesses bleibt jedoch Pflegefachpersonen vorbehalten (s. Kapitel 2.1.4 und 2.2). Dies schließt auch die Übertragung der Pflegeinterventionen an andere ein. Von wem und mit welcher Qualifikation eine Pflegeintervention durchgeführt wird, muss daher auch mit der verantwortlichen Pflegefachperson abgestimmt werden. Diese muss sich vergewissern, dass die notwendige Kompetenz vorhanden ist und die Tätigkeit sicher beherrscht wird.

BEISPIELHAFTE PFLEGEINTERVENTIONEN:

- zum Ausgleich von Funktionseinschränkungen
(Mobilitätshilfen, Orientierungshilfen, Blasentraining, Inkontinenzversorgung)
- zur Bewältigung von Krankheitsfolgen
(Mobilitätstraining, Wundmanagement, Schmerzmanagement, Delirmanagement)
- zum Ausgleich von Selbstpflegedefiziten
(Unterstützung bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität)
- zur Vermeidung von sekundären Krankheitsfolgen (Prophylaxen)
- zur Wiederherstellung psychischen Wohlbefindens
(Gespräche, Trauerbegleitung, Angstbewältigung)
- zur Wiederherstellung körperlichen Wohlbefindens
(Schmerzmanagement)
- zur Sicherstellung von Teilhabe
(Förderung von Sozialkontakten, Unterstützung bei der Tagesstruktur)
- zur Risikominimierung
(Sturzprophylaxe, Optimierung Pflegeumgebung, Überwachung)
- zur Wiedererlangung und Förderung von Ressourcen
(Motivation zur Durchführung von eigenständiger Pflege, Hoffnungsförderung)
- zur Förderung der Selbstpflegekompetenz

BEISPIELHAFTE INTERVENTIONEN ZUR BEWÄLTIGUNG AKUT EINTRETENDER BEEINTRÄCHTIGUNGEN, ORIENTIERT AM JEWEILIGEN PFLEGESETTING, DEN PFLEGERISCHEN PROFESSIONELLEN ERFORDERNISSEN UND AN WILLENSÄUSSERUNGEN DES MENSCHEN MIT PFLEGEBEDARF:

- bei Störung des Bewegungssystems
- bei Störung des Verdauungssystems
- bei Störung des Zentralnervensystems
- bei Störung des Atemsystems
- bei Störung des Herz-Kreislaufsystems

BEISPIELHAFTE MASSNAHMEN ZUR STEIGERUNG DES WOHLBEFINDENS UND DER WAHRNEHMUNG:

- Biografische Arbeit
- Alltagstraining
- Angehörigenttraining
- Gedächtnistraining
- Förderung der Realitätsorientierung

- Unterstützung der körperlichen Aktivität
- Aromatherapie, Massagen und Berührung

BEISPIELHAFTES INTERVENTIONEN ZUR GESTALTUNG VON BERATUNGSPROZESSEN:

- Beratung/Anleitung zum Umgang mit und Ausgleich von Funktionseinschränkungen
- Begleitung und Anleitung der Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen
- zur Bewältigung und der Begleitung bei Folgen und dem Erleben von progressiven Erkrankungen und in den Trauerphasen
- bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder chronischen Wunden
- Zur Vermeidung bzw. Reduzierung von möglichen Risiken (z. B. Übergewicht oder Blutungen bei einer Antikoagulationstherapie)

BEISPIELHAFTES INTERVENTIONEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG:

- Angebote und Kurse zur Gesunderhaltung
- Information über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen
- Beratung bei Gesundheits- und Lebensfragen
- Beratung zur Bearbeitung von Therapieadhärenz (z. B. Nichteinhaltung der verordneten Diät)
- Vermittlung von Beratungsstellen bei erweitertem Beratungsbedarf

BEISPIELHAFTES INTERVENTIONEN ZUR PALLIATIVEN VERSORGUNG UND ZUR STERBEBEGLEITUNG:

- Kontakt/oder Vermittlung zu einem ambulanten oder stationären Hospiz
- Informationen zu ehrenamtlichen Palliativdiensten/Hospizgruppe

4. ÜBERNAHME VON TÄTIGKEITEN ANDERER BERUFSGRUPPEN

Wie im ersten Teil aufgezeigt, können unterschiedliche Tätigkeiten anderer Berufsgruppen (z. B. der Ärztinnen) Pflegefachpersonen im Sinne einer professionellen pflegerischen Versorgung übertragen werden. Im Sinne der Durchführungsverantwortung sollten diese Aufgaben nur durchgeführt werden, wenn die hierfür notwendige Kompetenz sichergestellt ist und die jeweilige Tätigkeit beherrscht wird. Dies entspricht auch der Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. (siehe § 4 Abs. 4, § 7 Abs. 1 sowie § 20 Abs. 2 der Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz).

Welche Tätigkeiten von Pflegefachpersonen übernommen werden können, hängt nicht nur vom Setting und dem konkreten Tätigkeitsbereich ab, sondern nicht zuletzt davon wie dies von verantwortlichen Personen in Einrichtungen entschieden und organisiert wird. (s. Kapitel 1.2.3 im Ersten Teil). Eine allgemeingültige Aufzählung von übertragenen Tätigkeiten kann an dieser Stelle daher nicht stattfinden. Die nachfolgende Auflistung ist daher als beispielhaft zu betrachten und mit den Regelungen im jeweiligen Tätigkeitsbereich abzugleichen:

DURCHFÜHRUNG IM RAHMEN MEDIZINISCHER DIAGNOSTIK

- Kapillare Blutentnahmen
- Abstriche

ÜBERNAHME UND ASSISTENZ BEI MEDIZINISCH INDIZIERTEN INTERVENTIONEN

- Monitoring der Beatmung
- Blutgasanalyse
- Blutentnahmen aus zentral venösem Katheter
- Infusionstherapie
- Medikamentengabe und Medikamententraining
- Injektionen (intrakutan, subkutan, intramuskulär)
- Umgang mit Sonden, Drainagen (Magensonde)
- Wundpflege, Wundbehandlung, Verbandwechsel