

# Pflegerisches Vorbehaltsrecht

## VAPiK-Studie des DIP zeigt Schwächen bei der Umsetzung des Pflegeberufgesetzes

Als das Pflegeberufgesetz im Jahr 2020 in Kraft trat, wurde auch das pflegerische Vorbehaltsrecht in Gesetzesform gegossen. Eigentlich ein Meilenstein für die Pflege, regelt es doch, dass, wenn immer es um die beruflich veranlasste Organisation, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen geht, dies eine mindestens dreijährig qualifizierte Pflegefachperson übernehmen muss. Somit impliziert dieser Paragraph 4 „Vorbehaltene Tätigkeiten“ im Pflegeberufgesetz neben der entscheidenden Aufwertung der Profession Pflege eine Steigerung der Pflegequalität. Soweit die Theorie. Doch wie sieht die Umsetzung der Gesetzesnovelle nach vier Jahren in der Praxis aus?

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) hat sich im Auftrag des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland (KKVD) die Transformation in die Realität angeschaut und die Ergebnisse in der VAPiK-Studie zu den Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus Ende März in Berlin präsentiert.

Die Pflege, so **Bernadette Rümmelin**, KKVD-Geschäftsführerin, habe ja eine lange Tradition in den katholischen Kliniken. Schließlich seien viele Krankenhäuser aus katholischen Pflegeorden heraus entstanden. Pflege sei so gesehen die DNA katholischer Kliniken, also auch deren Herzensanliegen.

### Pflege darf nur, wer Pflege kann

Acht katholische Kliniken aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands stellten sich in fünf Workshops im Zeitraum zwischen Mai und September 2023 den Fragen des DIP. Untersucht wurden konkrete Fälle aus der Praxis, schilderte **Prof. Dr. Frank Weidner**, Direktor des DIP. Sein Resümee fällt nüchtern aus. In allen Sektoren würden die Vorbehaltsaufgaben der Pflege bisher kaum beachtet und umgesetzt. Die Gründe dafür seien vielfältig. So fehle es an Information, an der notwendigen Haltung von den Akteurinnen und Akteuren und auch an angemessener Regulierung auf allen Ebenen.

Ein konkretes Beispiel: Wird ein Patient aus der Klinik entlassen und bedarf danach noch der Pflege, müsse dies im Entlass- oder Arztbrief von einer Pflegefachperson vermerkt werden. De facto würden diese Briefe aber nach wie vor nur von Ärztinnen und Ärzten verfasst, auch, wenn sie Pflegekompetenz enthielten bzw. tangierten. Sowohl in der intraprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Pflegefachpersonen, der Pflegeassistenz und den Pflegehelferinnen als auch im interprofessionellen Doing in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Ärzten oder Physiotherapeuten sowie auch sektorenübergreifend, also in der Kooperation mit anderen Krankenhäusern, Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten, würden die Vorbehaltsaufgaben der Pflege noch nicht ausreichend gelebt.

Dabei hatte der Gesetzgeber mit den Vorbehaltsaufgaben ursprünglich die Sicherung der Pflegequalität im Blick und wollte

### Gesetz über die Pflegeberufe 1 (Pflegeberufgesetz – PflBG)

#### § 4 Vorbehaltene Tätigkeiten

(1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 durchgeführt werden. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, dürfen pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 nicht durchgeführt werden.

(2) 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 sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.

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

dem Patientenschutz höchste Priorität einräumen. Andere Berufsgruppen, auch Ärztinnen und Ärzte, dürften diese Aufgaben nicht mehr verantworten. Klares Ziel: eine Aufwertung des Pflegeberufs. „Pflege darf nur, wer Pflege kann“, oder, wie es Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach** (SPD) am 20. März 2024 im Rahmen des 2. Fachausschusses zum Pflegekompetenzgesetz formulierte: „Pflege kann viel mehr als sie darf.“

Auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Bereich der Pflege sei es wichtig, diese bereits 2020 im Pflegeberufgesetz festgeschriebene Aufwertung des Pflegeberufes auch in die Tat umzusetzen, so Prof. Weidner.

### Wo die Studie endet, fängt die Arbeit an

Die VAPiK-Studie belässt es nicht bei einer Mängelbeschreibung der aktuellen Situation, sondern liefert handfeste Empfehlungen auf individueller, organisatorischer und politischer Ebene. „Das schafft den Krankenhäusern die Möglichkeit, die Vorbehaltsaufgaben mit Leben zu füllen“, ermuntert Bernadette Rümmelin. Wo die Studie ende, beginne die Arbeit. Das betrifft letztlich auch die bundesweit 273 katholischen Kran-

kenhäuser an 352 Standorten sowie die 54 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 207 000 Mitarbeitern, die der KKVD bundesweit vertritt. Aber natürlich auch alle anderen Kliniken und Reha-Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Zu den Empfehlungen für die Praxis und Versorgung zählen unter anderem:

- die Stärkung des Pflegeprozessmodells,
  - Fortbildungsangebote für Pflegefachpersonen,
  - die Umsetzung intra- und interprofessioneller Kooperation.
- Der Leitungs- und Organisationsebene raten die Macher der Studie zur Analyse und Klärung pflegeprozessualer Verantwortung in der Einrichtung. Auch interdisziplinär gelte es, das pfle-

gerische Vorbehaltsrecht zu klären. Klinikinterne Regelungsgrundlagen sollten überprüft und überarbeitet werden.

Den Verbänden und Politikern raten die Macher der VAPiK-Studie zur Klärung und Festlegung offener Punkte zum Vorbehaltsrecht. Auch eine Überarbeitung von Regelungswerken sei angezeigt.

Die Studie ist unter [www.vapik.de](http://www.vapik.de) zu finden.

Informationen zu pflegepolitischen Positionen und Aktivitäten des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland stehen auf folgender Seite bereit: <https://die-katholischen-Krankenhaeuser.de/pflege/>.

Tanja Kotlorz

## Bundesregierung beschließt Medizinforschungsgesetz

### BMG: Verfahrensbeschleunigungen unter Wahrung hoher Sicherheitsstandards

Das Bundeskabinett hat Ende März den Entwurf eines Medizinforschungsgesetzes beschlossen. Damit sollen nach Auskunft des BMG die Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen sowie Zulassungsverfahren von Arzneimitteln, Medizinprodukten und forschungsbedingten Strahlenanwendungen beschleunigt und entbürokratisiert werden, bei gleichzeitiger Wahrung der hohen Standards für die Sicherheit von Patienten. Ziel des Gesetzes sei es, die Rahmenbedingungen für die Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in Deutschland zu verbessern.

Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach** (SPD) sagte: „Mit dem Medizinforschungsgesetz stärken wir die Erforschung und Herstellung neuer Arzneimittel und Medizinprodukte am Standort Deutschland. Wir sorgen für schnelle, verlässliche und unbürokratische Verfahren. Das gibt den beteiligten Forschenden und Unternehmen Planungssicherheit. Es stärkt den Forschungsstandort und fördert Wachstum und Beschäftigung. Und es kommt direkt den Patientinnen und Patientinnen in Deutschland zugute, die von neuen Therapien profitieren können.“

Bundesumweltministerin **Steffi Lemke** (Bündnis 90/Die Grünen) sagte: „Wir vereinfachen und beschleunigen die Zulassungsverfahren für forschungsbedingte Strahlenanwendungen, indem wir Doppelprüfungen abbauen und die Möglichkeiten der Digitalisierung nutzen. Dabei bleiben hohe ethische und wissenschaftliche Standards gewahrt und ein wirksamer Strahlenschutz erhalten. So schaffen wir mit dem Medizinforschungsgesetz attraktive Rahmenbedingungen für innovative medizinische Forschung.“

Die wichtigsten BMG-seitigen Maßnahmen im Überblick:

- Die Zusammenarbeit der Arzneimittelzulassungsbehörden werde optimiert.

- Die Bewertung mononationaler klinischer Prüfungen werde beschleunigt.
- Dezentrale klinische Prüfungen außerhalb der Prüfzentren würden ermöglicht.
- Die Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten werde vereinfacht.
- Es würden Standardvertragsklauseln für klinische Prüfungen veröffentlicht.
- Es werde eine unabhängige Spezialisierte Ethik-Kommission für besonders komplexe oder eilige Verfahren eingerichtet.
- Die Ethik-Kommissionen der Länder spezialisierten sich auf bestimmte Verfahrenstypen.
- Der Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen erhalte eine Richtlinienbefugnis.
- Die Auslegungspraxis der Länder hinsichtlich der Herstellererlaubnis und Prüfung bestimmter Arzneimittel werde durch Empfehlungen des Bundes harmonisiert.
- Pharmazeutische Unternehmer erhielten die Möglichkeit, vertrauliche Erstattungsbeträge bei neuen Arzneimitteln zu vereinbaren.

Die wichtigsten BMUV-seitigen Maßnahmen im Überblick:

- Die strahlenschutzrechtlichen Anzeige- und Genehmigungsverfahren würden mit den arzneimittel- und medizinproduktrechtlichen Verfahren harmonisiert.
- Die Einreichung von strahlenschutzrechtlichen Anträgen und Anzeigen für Forschungsvorhaben, die auch einer arzneimittel- oder medizinproduktrechtlichen Genehmigung oder Anzeige bedürften, erfolge künftig über die gleichen Portale (Single-Gate-Ansatz).
- Die strahlenschutzrechtlichen Prüffristen würden verkürzt.
- Nuklearmedizinische Einrichtungen würden von der Erlaubnispflicht bei der Herstellung radioaktiver diagnostischer Prüfpräparate befreit.