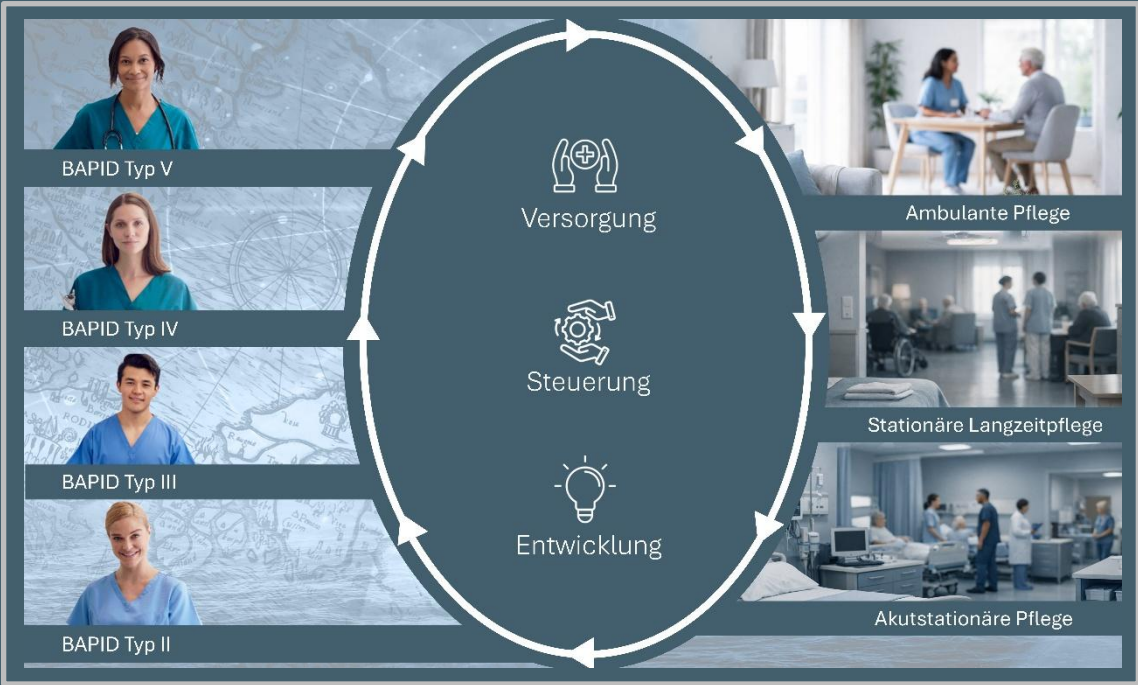


BAPID III

Kompetenzprofile



Katharina Genz & Wolfgang von Gahlen-Hoops

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Abstract

Hintergrund und Zielsetzung

Im Projekt BAPID III wurden differenzierte, praxisnahe Kompetenzprofile für pflegerische Rollen auf den Qualifikationsniveaus BAPID Typ II bis V entwickelt und konsentiert. Aufbauend auf der Kompetenzmatrix aus BAPID I sowie den typisierten Rollenprofilen aus BAPID II verfolgte das Projekt das Ziel, pflegerische Kompetenz systematisch über professionelle Verantwortung, Begründungstiefe und Zuständigkeit zu beschreiben – und bewusst nicht über Tätigkeitskataloge oder Zuschreibungen von Komplexität.

Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung der Kompetenzprofile basiert auf einer qualitativen Analyse realer Stellenprofile aus der ambulanten Pflege, der stationären Langzeitpflege und der akutstationären Versorgung (n = 39). Die Auswertung erfolgte entlang eines deduktiv-induktiven Kategoriensystems auf Grundlage des BAPID-Kompetenzrahmens. Ergänzend wurden ein vertikaler Vergleich der Kompetenzprofile (Typ II–V) sowie ein horizontaler Vergleich der Versorgungssettings durchgeführt. Ziel war die Entwicklung standardisierter Kompetenzprofile mit integrierten praxisrelevanten Strukturelementen, die sowohl bildungspolitisch anschlussfähig als auch unmittelbar für Personalentwicklung und Rollenklärung nutzbar sind.

Zentrale Ergebnisse

Ein zentrales Ergebnis der praxisbasierten Konsentierung im Rahmen eines Sounding Boards war die kritische Zurückweisung der Begriffe „komplexe“ und „hochkomplexe“ Pflegesituationen als Differenzierungskriterium zwischen den BAPID-Typen. Diese erwiesen sich aus Praxissicht als begrifflich unscharf, kontextabhängig und nicht trennscharf operationalisierbar. In der Folge wurden alle entsprechenden Zuschreibungen aus den Kompetenzprofilen entfernt.

Die Abgrenzung der BAPID-Typen erfolgt in der finalen Fassung ausschließlich über unterschiedliche Logiken professioneller Verantwortung:

- Typ II: standardorientierte Durchführung unter Anleitung,
- Typ III: eigenverantwortliche Pflegeprozessgestaltung,
- Typ IV: wissenschaftlich begründete Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis,
- Typ V: fallführende, klinisch-wissenschaftliche Expertise im Sinne Advanced Nursing Practice (APN).

Einordnung und Implikationen

Die Ergebnisse zeigen, dass pflegerische Rollen entlang klar unterscheidbarer Kompetenzniveaus strukturiert beschrieben werden können, ohne Patient*innen oder Pflegesituationen zu hierarchisieren. Gleichzeitig wird deutlich, dass insbesondere für akademisierte Rollen (Typ IV und V) weiterhin strukturelle, tarifliche und bildungspolitische Voraussetzungen fehlen, um diese Kompetenzprofile nachhaltig in der Versorgungspraxis zu verankern.

Schlussfolgerung

BAPID III versteht sich als Brücke zwischen Theorie, Praxis und Bildungspolitik. Die vorliegenden Kompetenzprofile stellen keine abschließenden Stellenbeschreibungen dar, sondern einen standardisierten Orientierungsrahmen für Rollenklärung, Qualifikationsentwicklung und professionspolitische Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland.

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Methodik.....	5
2.1 Konzeptioneller Rahmen und Zielsetzung.....	5
2.2 Entwicklungsschritte	5
2.3 Aufbau und Strukturprinzip der Kompetenzprofile (final nach Konsentierung)	6
2.4 Iterative Überarbeitung und Praxisvalidierung	7
2.5 Methodische Reflexion	8
2.6 Einordnung der BAPID-Typen: Abgrenzung zwischen BAPID III und BAPID IV	9
2.7 Vertikaler Abgleich und sprachlogische Nachschärfung	11
3. Ergebnisse	12
3.1 Vertikale Muster der Rollenentwicklung (BAPID Typ II–V).....	12
3.2 Settingspezifische Unterschiede (AP, LZP, KH).....	13
3.3 Zusammenfassende Ergebnislogik	14
4. Praxisbasierte Konsentierung und Evaluation der Kompetenzprofile	14
4.1 Zielsetzung des Sounding Boards.....	14
4.2 Zusammensetzung der Praxispartner*innen	15
4.3 Zentrale Rückmeldungen auf der Konsentierung	15
4.4 Konsequenzen für die Überarbeitung der Kompetenzprofile.....	16
4.5 Einordnung der Evaluation	17
5. Diskussion	17
6. Fazit/Ausblick	19
7. Literatur.....	21
Anhang	22
Pflegefachassistenzperson – Ambulante Pflege – BAPID Typ II.....	23
Pflegefachperson – Ambulante Pflege – BAPID Typ III	35
Akademisierte Pflegefachperson – Ambulante Pflege – BAPID Typ IV	49
Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in – Ambulante Pflege – BAPID Typ V.....	62
Pflegefachassistenzperson – Langzeitpflege – BAPID Typ II	76
Pflegefachperson – Langzeitpflege – BAPID Typ III.....	90
Akademisierte Pflegefachperson – Langzeitpflege – BAPID Typ IV	106
Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in – Langzeitpflege – BAPID Typ V	120
Pflegefachassistenzperson – Akutstationäre Pflege – BAPID Typ II.....	133
Pflegefachperson – Akutstationäre Pflege – BAPID Typ III	146
Akademisierte Pflegefachperson – Akutstationäre Pflege – BAPID Typ IV	161
Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in – Akutstationäres Setting – BAPID Typ V	174

1. Einleitung

Diese Publikation dokumentiert die zentrale Aufgabe des Projekts BAPID III: die praxisorientierte Weiterentwicklung und Präzisierung der in BAPID II erarbeiteten Rollenprofile und Berufsbilder (Genz & Gahlen-Hoops, 2025a). Aufbauend auf der Kompetenzmatrix aus BAPID I und den typisierten Rollenprofilen aus BAPID II wurden im Rahmen von BAPID III in Zusammenarbeit mit insgesamt 36 bundesweiten Praxispartner*innen differenzierte Kompetenzprofile für die BAPID-Typen II bis V entwickelt. Diese konkretisieren die bisherigen Modellierungen durch eine kontextspezifische Beschreibung typischer Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereiche in der ambulanten Pflege, der stationären Langzeitpflege und der akutstationären Versorgung. Dabei werden Kompetenzorientierung und reale berufliche Kontexte systematisch miteinander verbunden, sodass Kompetenzprofile mit integrierten praxisrelevanten Strukturelementen entstehen.

Im Fokus steht dabei nicht die vollständige Erfassung einzelner Tätigkeiten, sondern eine rollen- und qualifikationsspezifische Darstellung beruflicher Handlungserwartungen. Die entwickelten Kompetenzprofile sollen Orientierung für Bildungseinrichtungen, Arbeitgeber*innen und politische Entscheidungsträger*innen bieten und zur strukturellen Weiterentwicklung beruflicher Rollen in der Pflege beitragen. Praxisnahe Kompetenzprofile leisten so einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberufe, indem sie pflegerische Verantwortung systemisierbar, differenzierbar und bildungspolitisch anschlussfähig machen.

Wichtig ist die begriffliche Abgrenzung: BAPID-Kompetenzprofile sind auf einer systemisch höheren Ebene angesiedelt. Sie beschreiben rollen- und qualifikationsspezifische Anforderungen an pflegerisches Handeln unabhängig von einer konkreten Stelle oder organisatorischen Ausgestaltung und bilden den Orientierungsrahmen für verschiedene Einsatzkontexte. Zugleich enthalten die im Rahmen von BAPID III entwickelten Kompetenzprofile bewusst praxisnahe Struktur- und Kontextbezüge (z. B. zu Einarbeitung, Mentoring, Entwicklungsoptionen oder Kooperationsanforderungen). Diese dienen nicht der Beschreibung konkreter Stellen, sondern der Sicherstellung von Anwendbarkeit, Übersetzbarkeit und Anschlussfähigkeit in realen Versorgungs- und Organisationskontexten. Die Kompetenzprofile sind daher ausdrücklich nicht als Stellenbeschreibungen zu verstehen. Vielmehr bilden sie eine vorgelagerte professionsbezogene Referenzebene, aus der einrichtungs- und kontextspezifische Stellenprofile, Aufgabenverteilungen und Anforderungsprofile abgeleitet werden können. Insbesondere für die akademischen Kompetenzprofile (BAPID Typ IV und V) ist hervorzuheben, dass diese keine additive Erweiterung bestehender Pflegeaufgaben beschreiben, sondern veränderte professionelle Verantwortungslogiken – etwa in der Begründung, Reflexion, Steuerung und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis. Sie sind damit ausdrücklich nicht als ein unspezifisches „Alles-was-zusätzlich-anfällt“-Aufgabenbündel zu verstehen, sondern als klar profilierte professionelle Rollen mit eigener Zuständigkeit und Verantwortung.

Stellenbeschreibungen hingegen beziehen sich auf eine konkrete Stelle innerhalb einer Organisation und legen fest, welche Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Rahmenbedingungen für die jeweilige Position gelten. Anforderungsprofile benennen die fachlichen Qualifikationen, Fähigkeiten und persönlichen Eigenschaften, die Bewerbende für eine bestimmte Stelle mitbringen sollten.

Damit wird bewusst auf zusätzliche Begriffe wie „Tätigkeitsprofile“ verzichtet, um Unklarheiten zu vermeiden und den Fokus auf diese drei klar unterscheidbaren Ebenen zu legen.

Im Kontext dieser Unterscheidung sind die BAPID-Profile folgendermaßen einzuordnen: Sie sind standardisierte Kompetenzprofile für unterschiedliche Qualifikationsniveaus (BAPID Typ II bis V), die typische Aufgaben-, Verantwortungs- und Kompetenzanforderungen für definierte Berufsrollen in der Pflege erfassen (vgl. Hess et al. 2022). Grundlage hierfür ist die Analyse realer Stellenprofile aus der

Praxis, die in eine Kompetenzmatrix überführt wurde. Die Kompetenzprofile definieren für jeden BAPID-Typ die erwarteten fachlichen, methodischen, sozialen und personalen Kompetenzen, die unabhängig vom einzelnen Arbeitsplatz gelten. Aus ihnen lassen sich konkrete Anforderungsprofile (für Bewerber*innen) und praxisbezogene Stellenbeschreibungen (für den jeweiligen Arbeitsplatz) ableiten.

In der Praxis dienen die BAPID-Kompetenzprofile als

- Orientierung für Personalentwicklung und Qualifikationsplanung,
- Basis für Stellenausschreibungen,
- Grundlage für Einsatz- und Aufgabenplanung.

Damit fungieren die im Projekt BAPID III entwickelten Kompetenzprofile als strukturierte Soll-Profile für definierte pflegerische Rollen. Sie bilden die Grundlage für bildungspolitische Übergänge, curriculare Angebote und individuelle Entwicklungspfade. Als Kompetenzprofile mit integrierten praxisrelevanten Strukturelementen berücksichtigen sie sowohl die beobachtbaren beruflichen Kompetenzen als auch die typischen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche, in denen diese Kompetenzen wirksam werden (vgl. Schöning & Mendel, 2021).

Kompetenzprofile können grundsätzlich aus zwei Perspektiven verstanden werden: zum einen als Abbild der Kompetenzen, die eine Person individuell ausgebildet hat, zum anderen als Beschreibung jener Anforderungen, die für die Ausführung einer spezifischen beruflichen Rolle erfüllt sein müssen (vgl. Bechtel, 2008). Die BAPID-Kompetenzprofile folgen der zweiten Perspektive und fokussieren eine strukturell verortete, rollenbezogene Beschreibung.

Im Rahmen von BAPID III wurde die in früheren Modellierungen verwendete Unterscheidung zwischen „komplexen“ und „hochkomplexen“ Pflegesituationen kritisch überprüft und bewusst aufgegeben. Die Analyse zeigte, dass diese Begriffe weder trennscharf noch praxisnah geeignet sind, um professionelle Rollen in der Pflege konsistent voneinander abzugrenzen. Pflegesituationen sind dynamisch, mehrdimensional und nicht verlässlich nach pauschalen Komplexitätsgraden kategorisierbar.

Die Differenzierung zwischen den BAPID-Typen erfolgt daher nicht entlang zugeschriebener Komplexitätsstufen von Pflegesituationen, sondern entlang unterschiedlicher Formen professioneller Verantwortung in der Pflegepraxis. Während Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung und Sicherstellung einer stabilen, kontinuierlichen Versorgung tragen, übernehmen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) zusätzliche Verantwortung für die wissenschaftsbasierte Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung. Diese Logik vermeidet implizite Hierarchisierungen und stärkt die funktionale Anschlussfähigkeit der Akademisierung.

Trotz der kurzen Laufzeit von nur zwölf Monaten (Januar bis Dezember 2025) konnte ein differenziertes Ergebnis vorgelegt werden. Dieses Ergebnis baut auf den theoretischen Vorarbeiten der Vorgängerprojekte auf und überprüft gezielt die praktische Anwendbarkeit sowie die bildungspolitische Anschlussfähigkeit der entwickelten Kompetenzprofile.

Die vorliegende Publikation bündelt die entwickelten Kompetenzprofile, erläutert methodische Zugänge, systematisiert die Inhalte entlang zentraler Kompetenzbereiche und bietet mit der vertikalen und horizontalen Vergleichsanalyse eine fundierte Grundlage für professionstheoretische Diskussionen und praxisnahe Weiterentwicklungen. Darüber hinaus reflektiert das abschließende Fazit zentrale Spannungsfelder – etwa in Bezug auf Refinanzierung, tarifliche Eingruppierung oder Teamakzeptanz – und diskutiert, welche Schritte erforderlich sind, um insbesondere die akademischen Kompetenzprofile der Typen IV und V künftig besser zu verankern.

BAPID III versteht sich als Brücke zwischen Theorie und Praxis. Die präsentierten Kompetenzprofile sind als Diskussionsgrundlage für Forschung, bildungspolitische Aushandlungsprozesse und konzeptionelle Entwicklungen zu verstehen und sollen zur differenzierten Rollenklärung sowie zur zukunftsfähigen Gestaltung der pflegerischen Bildungsarchitektur in Deutschland beitragen.

Die im Rahmen von BAPID III entwickelten Kompetenzprofile mit integrierten praxisrelevanten Strukturelementen sind für alle BAPID-Typen (II–V) und Versorgungskontexte im Anhang dieser Publikation vollständig dokumentiert.

2. Methodik

Die Erstellung der BAPID-Kompetenzprofile verfolgte das Ziel, standardisierte, kompetenzorientierte und praxisnahe rollenbezogene Kompetenzprofile für Pflegende auf den Qualifikationsniveaus BAPID II bis V zu entwickeln. Der methodische Ansatz kombinierte deduktive Vorgaben aus dem BAPID-Kompetenzrahmen mit induktiven Erkenntnissen aus der Analyse realer Stellenprofile. Dadurch wurden sowohl die theoriegeleitete Anschlussfähigkeit an die bestehenden BAPID-Modellierungen als auch die praktische Umsetzbarkeit in unterschiedlichen Versorgungskontexten sichergestellt.

Im Zentrum stand dabei nicht die Ableitung von Tätigkeitskatalogen oder die Klassifikation von Pflegesituationen nach vermeintlichen Komplexitätsgraden, sondern die systematische Beschreibung rollen- und qualifikationsspezifischer Verantwortungs-, Aufgaben- und Kompetenzzuschnitte in realen Versorgungskontexten.

2.1 Konzeptioneller Rahmen und Zielsetzung

Die Methodik basiert auf drei zentralen Prämissen:

- 1. Anschlussfähigkeit an den BAPID-Kompetenzrahmen:**

Die zehn Kompetenzbereiche nach Wit et al. (2023) bildeten den inhaltlichen Kern der Kompetenzprofile und gewährleisteten die Vergleichbarkeit zwischen den BAPID-Typen sowie mit den in BAPID II entwickelten Rollenprofilen (Genz & Gahlen-Hoops, 2025a). Dabei wurden die Kompetenzbereiche nicht zur Abbildung vermeintlicher Pflegekomplexität genutzt, sondern zur systematischen Differenzierung rollen- und qualifikationsspezifischer Verantwortungs- und Handlungsebenen.

- 2. Praxisnahe Standardisierung:**

Die Kompetenzprofile wurden so konzipiert, dass sie von Einrichtungen unmittelbar als Grundlage für Stellenprofile genutzt werden können, und entsprechend klar strukturiert, vollständig und einheitlich ausgearbeitet. Zugleich blieben sie organisationsübergreifend anschlussfähig und wurden bewusst nicht auf einzelne betriebliche Ausgestaltungen, Versorgungslogiken oder Klassifikationen nach „komplexen“ bzw. „hochkomplexen“ Pflegesituationen zugeschnitten.

- 3. Validierung durch Praxispartner*innen:**

Die Kompetenzprofile wurden am Ende des Entwicklungsprozesses einem Sounding Board aus Praxisvertreter*innen zur Konsentierung vorgelegt, um eine breite Akzeptanz und fachliche Plausibilität sicherzustellen (durchgeführt Mitte August bis Ende September 2025).

2.2 Entwicklungsschritte

Die Entwicklung der Kompetenzprofile erfolgte in einem zehnstufigen, systematischen Vorgehen auf Basis von MAXQDA 24 und unter Nutzung des eigens entwickelten Codierleitfadens:

Die Entwicklung der Kompetenzprofile erfolgte in einem systematischen, mehrstufigen Analyse- und Verdichtungsprozess auf Basis qualitativer Inhaltsanalyse. Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden die ursprünglich differenziert beschriebenen Arbeitsschritte im Folgenden gebündelt dargestellt. Ziel ist eine transparente, aber für Leser*innen außerhalb der Methodencommunity gut anschlussfähige Darstellung des Vorgehens.

- **Materialbasis und Aufbereitung**

Alle verfügbaren Stellenprofile (n = 39) aus den Versorgungskontexten ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege und akutstationäre Pflege wurden in MAXQDA 24 importiert, systematisch benannt und nach BAPID-Typ (II–V) sowie Setting strukturiert. Diese Materialbasis bildete die Grundlage der weiteren Analyse.

- **Kategoriensystem (deduktiv–induktiv)**

Die Analyse basierte auf einem zweistufigen Kategoriensystem. Deduktiv wurden die zehn Kompetenzbereiche des BAPID-Kompetenzrahmens zugrunde gelegt. Ergänzend wurden induktiv praxisnahe Struktur- und Entwicklungsdimensionen (z. B. Einarbeitung, Mentoring, Entwicklungsperspektiven) ergänzt, die sich in den realen Stellenprofilen wiederholt zeigten. Der Aufbau der späteren Kompetenzprofile wurde bereits in dieser Phase festgelegt und diente zugleich als Codierbaum.

- **Codierung und Validierung**

Die Stellenprofile wurden mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) codiert. Ergänzend wurde initial eine KI-gestützte Erstcodierung genutzt, um potenzielle Themencluster zu identifizieren. Diese erwies sich jedoch als methodisch nicht belastbar und wurde vollständig durch eine manuelle Nachcodierung ersetzt. Die finale Analyse beruht ausschließlich auf diesen überprüften und validierten Codierungen.

- **Vergleich und Musterbildung**

Die validierten Codes wurden typ- und settingspezifisch systematisch verglichen (u. a. mittels Code-Matrix-Browser und Summary Grid). Auf dieser Basis wurden Muster der Kompetenzverteilung, Überschneidungen und Leerstellen identifiziert. Ergänzend erfolgte eine strukturierte Bewertung der Code-Abdeckung, um den Grad der Übereinstimmung mit den BAPID-Rollenprofilen sichtbar zu machen.

- **Vorbereitung der Konsentierung**

Auf Grundlage der Vergleichsanalysen wurden modellhafte Kompetenzprofile für alle BAPID-Typen und Versorgungskontexte entwickelt. Diese dienten als strukturierte Diskussionsgrundlage für die anschließende praxisbasierte Konsentierung im Sounding Board (vgl. Kap. 4).

2.3 Aufbau und Strukturprinzip der Kompetenzprofile (final nach Konsentierung)

Die im Projekt BAPID III entwickelten Kompetenzprofile folgen einem einheitlichen, standardisierten Aufbau, der sowohl die inhaltlichen Kompetenzanforderungen als auch praxisrelevante strukturelle Rahmenbedingungen systematisch berücksichtigt. Ziel ist es, rollen- und qualifikationsspezifische Anforderungen transparent, vergleichbar und anschlussfähig darzustellen, ohne diese an konkrete betriebliche Stellenzuschnitte zu binden:

1. Titel des Kompetenzprofils & BAPID-Zuordnung (Typ, Qualifikationsniveau, DQR-Stufe)
2. Zielsetzung des Kompetenzprofils
3. Einrichtungstyp / Versorgungskontext
4. Verortung im BAPID-Kompetenzrahmen
5. Berufliche Rolle
6. Rechtsgrundlagen und Tätigkeitsrahmen
7. Verantwortungsbereiche und Entscheidungsbefugnisse
8. Kompetenzprofil nach BAPID (Kompetenzbereiche)
9. Tätigkeitsschwerpunkte im Rollenprofil
10. Anforderungsprofil
11. Persönliche Eigenschaften)
12. Institutionelle Rahmenbedingungen
13. Kooperation & Netzwerkarbeit
14. Besonderheiten und Entwicklungsperspektiven
15. Einarbeitung sowie begleitende Unterstützungsformate (z. B. Mentoring, Supervision)
16. Indikatoren für Wirkung und Rolle im Versorgungsgeschehen
17. Arbeitsumfeld und Teamstruktur

Dieses Strukturprinzip sichert die Vergleichbarkeit der Kompetenzprofile über alle BAPID-Typen (II–V) und Versorgungskontexte hinweg, ermöglicht eine klare Abgrenzung zu konkreten Stellenbeschreibungen und stellt zugleich die Anschlussfähigkeit an Bildungsplanung, Personalentwicklung und organisationsbezogene Rollenmodelle sicher. Die Kompetenzprofile fungieren damit als strukturierte Soll-Profile für definierte pflegerische Rollen und bilden eine belastbare Grundlage für die Ableitung kontextspezifischer Stellenbeschreibungen, Anforderungsprofile und Qualifizierungsstrategien.

2.4 Iterative Überarbeitung und Praxisvalidierung

Die Kompetenzprofile sind als entwicklungs- und konsentierungsorientiertes Instrument konzipiert. Nach Abschluss der Analysephase erfolgte eine praxisbasierte Konsentierung in Form eines Sounding Boards:

- **Sounding Board** (durchgeführt Mitte August bis Ende September 2025): Vertreter*innen aus verschiedenen Versorgungskontexten (ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege, akutstationäre Versorgung) prüften die Kompetenzprofile hinsichtlich fachlicher Plausibilität, inhaltlicher Vollständigkeit, Rollenklarheit und praktischer Umsetzbarkeit.
- **Überarbeitung und Finalisierung:** Die Ergebnisse der Konsentierung wurden systematisch ausgewertet und in die vorliegenden Endfassungen der Kompetenzprofile integriert. Die publizierten Profile stellen damit konsentierte, standardisierte Kompetenzprofile für die BAPID-Typen II–V dar.

Die Konsentierung diene der fachlichen Plausibilisierung und Praxisanschlussfähigkeit der Kompetenzprofile und ausdrücklich nicht der nachträglichen Bewertung, Klassifikation oder Reklassifikation von Tätigkeiten nach Komplexitäts- oder Zeitkategorien.

2.5 Methodische Reflexion

Die Methodik weist mehrere Einschränkungen und potenzielle Verzerrungsquellen auf, die für die Interpretation der Ergebnisse und für die Nutzung der Kompetenzprofile als Orientierungsinstrument transparent gemacht werden müssen.

Erstens basiert die Datengrundlage auf einer nicht-repräsentativen, projektgebundenen Stichprobe von Stellenprofilen (N = 39), die ausschließlich aus dem Kreis der am Projekt beteiligten Einrichtungen stammt. Damit ist die Auswahl nicht zufällig, sondern durch Selbstselektion geprägt: Es ist plausibel, dass insbesondere Einrichtungen teilnehmen, die bereits eine höhere Affinität zu Rollenklärungs- und Professionalisierungsdiskursen aufweisen oder bereits strukturierte Stellenprofile vorhalten. Dies kann zu einer systematischen Überschätzung von Formalisierungsgrad, Differenzierungsniveau und Begriffskonsistenz führen. Gleichzeitig ist – je nach Einrichtungstyp – auch der gegenteilige Effekt möglich: Stellenprofile können als „Minimaldokumente“ angelegt sein und reale Verantwortungs- und Handlungslogiken nur sehr grob abbilden. In beiden Fällen entsteht eine Spannung zwischen dokumentierter Norm (Text) und gelebter Praxis (Handeln), die methodisch nicht vollständig auflösbar ist, solange ausschließlich Dokumente analysiert werden.

Zweitens ist die Verteilung nach Versorgungskontexten unausgewogen; insbesondere die ambulante Pflege ist unterrepräsentiert. Dies ist nicht nur eine Frage der Fallzahl, sondern kann die Musterbildung inhaltlich verzerren, weil Versorgungslogiken, Teamstrukturen und Verantwortungsarchitekturen im ambulanten Setting systematisch anders organisiert sind als in stationären Settings. Die Gefahr besteht, dass Querschnittsaussagen „implizit stationär“ geprägt werden, obwohl sie als kontextübergreifende Kompetenzprofile kommuniziert werden. Die Profile sind damit zwar anschlussfähig, aber sie können in einzelnen Kontexten (v. a. AP) eher als Zielbild denn als Abbild typischer Stellenrealität wirken.

Drittens ist die Dokumentenanalyse anfällig für Textsorten- und Kommunikationsbias: Stellenprofile sind keine neutralen Beschreibungen, sondern häufig (a) rechtlich/organisational abgesicherte Aufgabenrahmen, (b) HR-orientierte Rekrutierungsdokumente oder (c) strategische Positionspapiere. Entsprechend werden bestimmte Kompetenzdimensionen bevorzugt formuliert (z. B. Verantwortungszuschreibungen, Tätigkeiten, formale Anforderungen), während andere systematisch unterrepräsentiert bleiben. Dazu zählen insbesondere affektive, kommunikative, relationale und reflexive Anteile pflegerischer Arbeit, die im Alltag zentral sind, aber in Dokumenten oft nicht als „Kompetenz“ kodiert werden. Diese Form der „unsichtbaren Pflege“ (vgl. Dorfmeister, 2010) ist nicht nur ein inhaltliches Problem, sondern ein strukturierter Dokumentationsartefakt: Was nicht gut in standardisierte HR-Sprache passt, wird tendenziell verkürzt, implizit gelassen oder in weiche Eigenschaften ausgelagert.

Viertens entstehen Einschränkungen durch die gewählte Operationalisierung und Codierlogik. Auch wenn das Kategoriensystem deduktiv fundiert ist, bleibt jede Kodierung abhängig von Interpretationsentscheidungen: Begriffe wie „Mitwirkung“, „Unterstützung“, „Koordination“ oder „Fallverantwortung“ sind in Stellenprofilen häufig unscharf und können unterschiedliche Verantwortungsgrade markieren. Das Risiko besteht, dass ähnliche Formulierungen in unterschiedlichen Einrichtungen unterschiedlich „gemeint“ sind, aber in der Analyse als vergleichbar behandelt werden müssen. Gerade bei Rollenabgrenzungen zwischen Typ III, IV und V ist zudem die Gefahr einer Überlappungssillusion hoch: Dokumente nutzen ähnliche Sprachmuster, obwohl die

intendierte Verantwortungslogik verschieden sein soll. Die Profilentwicklung kann dieses Problem reduzieren, aber nicht vollständig eliminieren, weil sie sich auf das verfügbare Textmaterial stützt.

Fünftens ist die Nutzung von KI-gestützten Verfahren (sofern eingesetzt) ein methodischer Sensibilitätsbereich. Auch wenn die finale Analyse auf manueller Validierung basiert, bleibt die Zwischenstufe anfällig für Automationsbias (Tendenz, maschinellen Vorschlägen mehr Gewicht zu geben), für Kontextverlust (zu grobe, nicht rollenlogische Zuordnung) und für Scheinpräzision (scheinbar plausible, aber nicht textgedeckte Codes). Entscheidend ist daher, dass die finale Datenbasis – wie beschrieben – ausschließlich auf validierten Codierungen beruht. Dennoch sollte transparent bleiben: Der Einsatz von KI ist kein „Neutralitätsgewinn“, sondern zunächst ein zusätzlicher Fehlerkanal, der nur durch konsequente Nachprüfung kontrollierbar ist.

Sechstens gilt als grundsätzliche Grenze: Aus einer Dokumentenanalyse lassen sich keine belastbaren Aussagen darüber ableiten, ob die beschriebenen Rollen in der Versorgung tatsächlich implementiert sind, wie sie im Team akzeptiert werden oder welche Outcomes daraus folgen. Die Methodik liefert eine robuste Grundlage für die Rekonstruktion dokumentierter Soll- und Erwartungslogiken, nicht für Wirksamkeits- oder Implementierungsnachweise. Entsprechend ist die Konsentierung im Sounding Board als Plausibilisierung und Praxisanschlussprüfung zu verstehen – nicht als empirische Validierung im Sinne von Outcome-Evaluation.

Trotz dieser Einschränkungen bietet das gewählte Vorgehen eine nachvollziehbare und übertragbare Grundlage für die Entwicklung standardisierter Kompetenzprofile. Seine Stärke liegt in der systematischen Verschränkung von (a) deduktiv begründeten Kompetenzbereichen aus dem BAPID-Rahmen und (b) induktiv gewonnenen Strukturmerkmalen aus realen Dokumenten. Damit werden Kompetenzprofile nicht als abstrakte Idealtypen formuliert, sondern als rollenbezogene Soll-Profile mit expliziten Praxisanschlüssen, die zugleich vergleichbar, konsistent und in verschiedenen Settings adaptierbar sind. Die Profiltex te sollten jedoch konsequent als Orientierungs- und Aushandlungsgrundlage gelesen werden – nicht als Abbild repräsentativer Stellenrealität oder als empirischer Nachweis implementierter Rollenpraxis.

2.6 Einordnung der BAPID-Typen: Abgrenzung zwischen BAPID III und BAPID IV

Die Unterscheidung zwischen der Pflegefachperson nach BAPID III und der akademischen Pflegefachperson nach BAPID IV erfolgt im vorliegenden Kompetenzmodell nicht über die Art oder den vermeintlichen Komplexitätsgrad der versorgten zu Pflegenden. Beide Typen sind in der direkten pflegerischen Versorgung tätig und begegnen vergleichbaren Pflegesituationen in unterschiedlichen Versorgungssettings. Eine Differenzierung über Kategorien wie „komplexe“ oder „hochkomplexe“ Patient*innengruppen erscheint vor diesem Hintergrund weder fachlich trennscharf noch pflegepraktisch zuverlässig operationalisierbar.

Stattdessen wird die Abgrenzung zwischen BAPID III und BAPID IV konsequent über unterschiedliche professionelle Verantwortungslogiken und Begründungstiefen pflegerischen Handelns vorgenommen. Das Modell folgt damit einem professionsbezogenen Kompetenzverständnis, das nicht primär auf Tätigkeiten oder Falltypen, sondern auf die Art der Zuständigkeit, Entscheidungsverantwortung und Reflexionsfähigkeit abstellt.

Die Pflegefachperson nach BAPID III übernimmt Verantwortung für die fachgerechte Durchführung pflegerischer Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses. Ihr professionelles Handeln orientiert sich an geltenden Standards, Leitlinien und institutionellen Vorgaben und ist auf die sach- und situationsangemessene Umsetzung professioneller Pflege im konkreten Einzelfall ausgerichtet. BAPID III ist damit zentral für die Sicherstellung einer verlässlichen, kontinuierlichen und qualitätsgesicherten Versorgung im pflegerischen Alltag.

Die akademische Pflegefachperson nach BAPID IV übernimmt darüber hinaus eine begründende, reflektierende und weiterentwickelnde Verantwortung für pflegerisches Handeln. Auf Grundlage eines generalistisch-akademischen Qualifikationsprofils ist sie in der Lage, Pflegeentscheidungen wissenschaftsbasiert einzuordnen, pflegerische Situationen systematisch zu analysieren und bestehende Vorgehensweisen kritisch zu reflektieren. BAPID IV trägt damit Verantwortung für die fachliche Angemessenheit, Begründbarkeit und kontextbezogene Weiterentwicklung pflegerischer Praxis, ohne diese Rolle auf eine ausschließlich konzeptionelle, leitende oder projektbezogene Funktion zu verengen.

Die Differenz zwischen BAPID III und BAPID IV ist folglich keine hierarchische Abstufung der Pflegepraxis, sondern eine funktionale Differenzierung professioneller Rollen innerhalb derselben Versorgungsebene. Während BAPID III Pflege fachgerecht umsetzt, begründet und reflektiert BAPID IV Pflege fachlich. Beide Kompetenzprofile sind aufeinander angewiesen und ergänzen sich im Sinne einer qualitätsgesicherten, lernfähigen und zukunftsfähigen pflegerischen Versorgung.

Die bewusste Trennung zwischen fachgerechter Ausführung und fachlicher Begründung pflegerischen Handelns ermöglicht eine klare Profilierung akademischer Pflegekompetenz, ohne die professionelle Eigenständigkeit nicht-akademischer Pflegefachpersonen in Frage zu stellen. Zugleich wird vermieden, akademische Pflege auf Sonderfälle, Ausnahmeständigkeiten oder vermeintlich „höherwertige“ Gruppen zu Pflegenden zu verengen.

Begriffe wie „komplexe“ oder „hochkomplexe“ Pflegesituationen sind in der Pflegepraxis weder eindeutig definiert noch konsistent operationalisierbar. Sie erweisen sich in der Anwendung als stark kontextabhängig und dienen primär administrativen, planungs- oder ordnungspolitischen Zwecken. Für die differenzierte Beschreibung pflegerischer Kompetenzniveaus bieten sie keine belastbare fachliche Grundlage. Eine darauf aufbauende Rollenabgrenzung läuft Gefahr, akademische Pflegekompetenz funktional zu verkürzen oder auf Ausnahmeständigkeiten zu reduzieren.

Gleichzeitig ist eine klare Differenzierung zwischen BAPID III und BAPID IV zwingend erforderlich, um die Weiterentwicklung der Pflegeprofession systematisch abbilden und steuern zu können. Wird auf eine solche Differenzierung verzichtet, entstehen erhebliche professionspolitische und strukturelle Risiken: Akademisierung verliert ihre funktionale Bedeutung für die Versorgungspraxis, akademische Pflegefachpersonen werden faktisch zu „höher qualifizierten Varianten“ ohne eigenständiges Rollenprofil, und weiterführende Rollen – etwa im Sinne von Advanced Practice Nursing – bleiben optional statt strukturell verankert.

Die Trennung zwischen BAPID III und BAPID IV wird im vorliegenden Modell daher nicht über das Objekt der Pflege, sondern über unterschiedliche Reichweiten, Tiefen und Begründungsstrukturen professionellen Handelns vorgenommen. Beide Typen begleiten vergleichbare Patient*innen in der direkten Versorgung, unterscheiden sich jedoch in der Art ihrer Verantwortungsübernahme:

- BAPID III sichert die fachgerechte Umsetzung pflegerischer Maßnahmen und damit die Stabilität und Verlässlichkeit der Versorgung.
- BAPID IV übernimmt zusätzlich Verantwortung für die fachliche Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis auf Grundlage wissenschaftlichen Wissens und systematischer Analyse.

BAPID unterscheidet damit nicht zwischen unterschiedlichen „Menschenarten“ in der Pflege, sondern zwischen zwei professionellen Rollen, die gemeinsam die Qualität, Anschlussfähigkeit und Zukunftsfähigkeit pflegerischer Versorgung gewährleisten.

2.7 Vertikaler Abgleich und sprachlogische Nachschärfung

Nach Abschluss der inhaltlichen Analyse (Kap. 2.2–2.5) wurde ein vertikaler Abgleich der Kompetenzprofile durchgeführt. Ziel dieses Arbeitsschrittes war es, die Abgrenzung der BAPID-Typen II bis V innerhalb aller Versorgungskontexte (ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege, akutstationäre Pflege) sprachlich konsistent, nachvollziehbar und typenspezifisch darzustellen. Der Abgleich erfolgte auf Grundlage des zu diesem Zeitpunkt gültigen Analyse- und Begriffsstandes und diente der Prüfung, inwieweit die im BAPID-Kompetenzrahmen angelegte vertikale Differenzierung in den vorliegenden Erstfassungen der Kompetenzprofile abgebildet war.

Der vertikale Abgleich wurde vor der praxisbasierten Konsentierung im Sounding Board durchgeführt und somit vor der späteren begrifflichen Klärung und Abkehr von Kategorien wie „komplex“ und „hochkomplex“.

Zielsetzung des vertikalen Abgleichs

Ziel war es, sprachliche Überschneidungen und implizite Rollenverwischungen sichtbar zu machen, ohne zu diesem Zeitpunkt bereits konzeptionelle Entscheidungen zur endgültigen Rollenabgrenzung zu treffen. Der Arbeitsschritt diente damit primär der analytischen Transparenz und Vergleichbarkeit der Profile.

Analytische Bezugspunkte

Im Rahmen des vertikalen Abgleichs wurden die Kompetenzprofile entlang der in den eingereichten Stellenprofilen und im damaligen Diskussionsstand verwendeten Differenzierungslogiken geprüft. Dazu zählten auch Begriffe wie „komplexe“ und „hochkomplexe“ Pflegesituationen, die in den Materialien häufig, jedoch uneinheitlich verwendet wurden.

Vorläufig zeigte sich folgende, nicht normativ verstandene Abgrenzungslogik:

- Typ II: standardorientiertes Arbeiten in stabilen Pflegesituationen unter Anleitung und nach Delegation
- Typ III: eigenverantwortliches Arbeiten in als „komplex“ beschriebenen Pflegesituationen nach geltenden Standards
- Typ IV: evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung, Reflexion und Mentoring, häufig mit Bezug auf „hochkomplexe“ Versorgungssituationen
- Typ V: wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung pflegerischer Praxis sowie Transfer- und Konzeptarbeit, teils ohne klar ausgewiesenen klinischen Versorgungsanteil

Diese Zuordnung stellte ausdrücklich keinen Zielzustand dar, sondern bildete den damaligen Sprach- und Strukturstand der eingereichten Stellenprofile ab.

Sprachlogische Prüfung

Alle Profile wurden einer sprachlogischen Analyse unterzogen. Dabei wurden insbesondere geprüft:

- Standardbezüge (z. B. „nach Standards“, „leitlinienorientiert“),
- Delegations- und Verantwortungsformulierungen (z. B. „unter Anleitung“, „eigenverantwortlich“),
- Zuschreibungen von Komplexität („komplex“, „hochkomplex“),
- implizite Rollenzuweisungen durch Mentoring-, Steuerungs- oder Konzeptbegriffe.

Die sprachliche Nachschärfung diente in dieser Phase ausschließlich der Vergleichbarkeit und Transparenz, nicht der abschließenden konzeptionellen Bereinigung der Profile.

Vorgehensweise

Der vertikale Abgleich erfolgte zweistufig:

1. typenweiser Vergleich innerhalb der einzelnen Versorgungskontexte (LZP, AP, KH),
2. settingsübergreifende Gegenüberstellung der Profile zur Prüfung der Konsistenz der Typenlogik.

Einordnung der Ergebnisse

Der vertikale Abgleich zeigte, dass die grundlegende Differenzierung der BAPID-Typen sprachlich weitgehend abbildbar war, zugleich jedoch insbesondere zwischen BAPID III und BAPID IV Unschärfen bestanden. Diese betrafen vor allem die Reichweite von Begründungs-, Reflexions- und Weiterentwicklungsanteilen pflegerischen Handelns.

Diese Befunde bildeten eine zentrale Grundlage für die anschließende praxisbasierte Konsentierung im Sounding Board. Dort wurden die identifizierten Unschärfen aufgegriffen und führten – insbesondere im Hinblick auf die Unzulänglichkeit von Komplexitätszuschreibungen – zu einer gezielten Überarbeitung und begrifflichen Neujustierung der Kompetenzprofile.

3. Ergebnisse

Kapitel 3 stellt die Ergebnisse der in Kapitel 2 beschriebenen Analyse dar. Diese Ergebnisse bilden die fachlich-analytische Grundlage der Kompetenzprofile. Sie wurden im weiteren Projektverlauf im Rahmen einer praxisbasierten Konsentierung (Kapitel 4) geprüft, geschärft und finalisiert. Die hier dargestellten Ergebnislogiken entsprechen bereits der überarbeiteten, konsentierten Fassung der Kompetenzprofile.

Ziel des Kapitels ist nicht die vollständige Darstellung einzelner Tätigkeiten oder Kompetenzdimensionen, sondern die Verdichtung zentraler Muster professioneller Rollenentwicklung sowie die systematische Einordnung settingspezifischer Unterschiede in den endgültigen Kompetenzprofilen. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die final überarbeiteten Kompetenzprofile nach Abschluss der praxisbasierten Konsentierung und der damit verbundenen inhaltlichen und begrifflichen Nachschärfungen.

Die Ergebnisse werden entlang zweier Perspektiven dargestellt:

- der vertikalen Differenzierung zwischen den BAPID-Typen II bis V (Kap. 3.1) und
- der horizontalen Differenzierung zwischen den Versorgungssettings ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege und akutstationäre Pflege (Kap. 3.2).

Kapitel 3.3 bündelt die Befunde zu einer zusammenfassenden Ergebnislogik, die die funktionale Abgrenzung der BAPID-Typen unabhängig von Komplexitätszuschreibungen sichtbar macht.

3.1 Vertikale Muster der Rollenentwicklung (BAPID Typ II–V)

Über alle Versorgungskontexte hinweg zeigen die analysierten Kompetenzprofile eine konsistente vertikale Rollenlogik, die nicht primär über unterschiedliche Pflegesituationen, sondern über unterschiedliche Formen professioneller Verantwortung bestimmt ist.

BAPID Typ II (Pflegefachassistenz) ist durch eine unterstützende Rolle in der direkten Pflege gekennzeichnet. Das Handeln erfolgt standardorientiert, unter Anleitung und Delegation. Die Verantwortung liegt vor allem in der zuverlässigen Durchführung zugewiesener Aufgaben sowie in der systematischen Beobachtung und Weitergabe pflegerelevanter Informationen.

BAPID Typ III (Pflegefachperson) übernimmt die eigenständige Verantwortung für den Pflegeprozess. Charakteristisch sind Planung, Durchführung, Evaluation und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen im Rahmen geltender Standards. Typ III sichert die Kontinuität und Qualität der Versorgung im pflegerischen Alltag und übernimmt eine tragende Rolle in der Koordination fallbezogener Versorgungsprozesse.

BAPID Typ IV (akademisierte Pflegefachperson) erweitert diese Verantwortung um eine wissenschaftlich begründende und reflexive Dimension. Pflegeentscheidungen werden systematisch analysiert, evidenzbasiert eingeordnet und kontextbezogen weiterentwickelt. Typ IV wirkt beratend, moderierend und mentorierend im Team, ohne primär eine leitende oder organisationsweite Steuerungsfunktion einzunehmen.

BAPID Typ V (wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in / APN) verbindet direkte klinische Tätigkeit mit Forschung, Konzeptentwicklung und Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die Rolle ist fallführend, zu patient*innen-/klient*innen-/bewohner*innennah und zugleich systemisch ausgerichtet. Typ V übernimmt Verantwortung für die Weiterentwicklung pflegerischer Praxis und Versorgungsmodelle aus der klinischen Perspektive heraus.

Über alle Typen hinweg zeigt sich: Die vertikale Differenzierung verläuft nicht entlang eines Mehr an Tätigkeiten, sondern entlang einer Zunahme von Begründungs-, Reflexions-, Steuerungs- und Transferverantwortung. Die BAPID-Typen bilden damit keine hierarchische Rangfolge, sondern ein funktional differenziertes Rollensystem innerhalb derselben Versorgungsebene.

3.2 Settingspezifische Unterschiede (AP, LZP, KH)

Neben der vertikalen Rollenlogik zeigen sich deutliche settingspezifische Ausprägungen der Kompetenzprofile, die aus den jeweiligen Versorgungslogiken resultieren.

In der ambulanten Pflege (AP) stehen Selbstorganisation, Beziehungsgestaltung und die Anpassung an individuelle Lebenswelten im Vordergrund. Alle BAPID-Typen agieren in hoher Eigenständigkeit, wobei sich die Unterschiede insbesondere in der Tiefe der Versorgungssteuerung, der evidenzbasierten Entscheidungsfindung und der Koordination externer Akteur*innen zeigen.

In der stationären Langzeitpflege (LZP) prägen langfristige Betreuungssituationen, Kontinuität und Beziehungsarbeit die Rollenprofile. Hier treten Kompetenzen in den Bereichen Pflegeprozessessteuerung, ethische Reflexion, Angehörigenarbeit und Qualitätsentwicklung besonders deutlich hervor. Akademische Rollen (Typ IV und V) übernehmen verstärkt Funktionen der fachlichen Einordnung, Reflexion und Weiterentwicklung bestehender Pflegepraxis.

Die akutstationäre Pflege (KH) ist durch hohe Prozessdynamik, interprofessionelle Abstimmung und zeitkritische Entscheidungsanforderungen gekennzeichnet. Hier zeigen sich insbesondere bei Typ IV und V ausgeprägte Kompetenzen in evidenzbasierter Entscheidungsunterstützung, klinischer Expertise und fallbezogener Versorgungskoordination entlang komplexer Versorgungspfade.

Trotz dieser Unterschiede bleibt die grundlegende vertikale Rollenlogik der BAPID-Typen settingsübergreifend stabil, was die Übertragbarkeit und Anschlussfähigkeit der Kompetenzprofile unterstreicht.

3.3 Zusammenfassende Ergebnislogik

Die Ergebnisse zeigen, dass die im Projekt BAPID III entwickelten Kompetenzprofile eine konsistente, praxisnahe und differenzierte Beschreibung professioneller Pflegekompetenz ermöglichen. Die Differenzierung zwischen den BAPID-Typen II bis V erfolgt konsequent über professionelle Verantwortungslogiken, nicht über Zuschreibungen von Komplexität oder über die Art der versorgten Personen.

Die Kompetenzprofile machen sichtbar, dass professionelle Pflege sowohl fachgerechte Ausführung (Typ II und III) als auch fachliche Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung (Typ IV und V) benötigt. Erst im Zusammenspiel dieser Rollen entsteht eine qualitativ hochwertige, anschlussfähige und zukunftsfähige Versorgung.

Kapitel 3 bildet damit die empirische Grundlage für die anschließende Diskussion professionspolitischer, bildungsbezogener und struktureller Implikationen der BAPID-Kompetenzprofile.

4. Praxisbasierte Konsentierung und Evaluation der Kompetenzprofile

Die im Projekt BAPID III entwickelten Kompetenzprofile wurden nach Abschluss der analytischen Entwicklungsphase einer praxisbasierten Konsentierung unterzogen. Ziel dieses Arbeitsschritts war nicht die erneute empirische Prüfung der zuvor analysierten Stellenprofile, sondern die Plausibilisierung, Nachschärfung und Praxisanschlussfähigkeit der entwickelten Kompetenzprofile als strukturierte Orientierungsinstrumente für Pflegepraxis, Bildung und Personalentwicklung. Die Konsentierung stellt damit einen eigenständigen Qualitätssicherungsschritt dar, der die analytisch abgeleiteten Kompetenzprofile mit den Erfahrungs- und Deutungsbeständen zentraler Praxisakteur*innen rückkoppelt. Sie ist als formatives Evaluationsverfahren konzipiert und ausdrücklich keine Wirksamkeitsmessung im Sinne von Outcome-Evaluation oder Implementierungsforschung.

4.1 Zielsetzung des Sounding Boards

Das Sounding Board verfolgte drei zentrale Zielsetzungen:

- **Fachliche Plausibilisierung**

Überprüfung, ob die formulierten Kompetenzprofile aus Sicht der Praxis die realen Anforderungen, Verantwortungszuschneite und Rollenerwartungen in den jeweiligen Versorgungskontexten sachgerecht abbilden.

- **Praxisanschlussfähigkeit und Verständlichkeit**

Bewertung, ob die Kompetenzprofile für Einrichtungen, Teams und Personalverantwortliche nachvollziehbar, anschlussfähig und als Orientierungsinstrument nutzbar sind.

- **Identifikation von Überfrachtungen, Unschärfen und Fehlstellen**

Rückmeldung zu Formulierungen, Kompetenzzuschreibungen oder Strukturannahmen, die aus Praxissicht zu abstrakt, missverständlich, unrealistisch oder professionspolitisch problematisch erscheinen.

Die Konsentierung diente nicht der nachträglichen Reklassifikation pflegerischer Tätigkeiten nach vermeintlichen Komplexitätsgraden oder der Neuverteilung von Aufgaben zwischen den BAPID-Typen. Vielmehr sollte geprüft werden, ob die im Modell angelegte Verantwortungs- und Rollenlogik in der Praxis tragfähig ist.

4.2 Zusammensetzung der Praxispartner*innen

An der Konsentierung beteiligten sich Vertreter*innen aus Pflegepraxis, Pflegebildung, Pflegemanagement sowie berufs- und fachpolitischen Kontexten. Die Zusammensetzung umfasste:

- Praxispartner*innen aus der akutstationären Pflege, stationären Langzeitpflege und ambulanten Pflege,
- Vertreter*innen des Deutschen Pflegerats sowie angeschlossener Mitgliedsverbände,
- Personen mit ausgewiesener Expertise in Personalentwicklung, Pflegebildung, Qualitätsentwicklung und Akademisierung.

Die Konsentierung erfolgte überwiegend settingspezifisch getrennt, um eine kontextangemessene Bewertung der jeweiligen Kompetenzprofile zu ermöglichen. Aufgrund unterschiedlicher Rücklaufquoten war die Auswertung in Teilen – insbesondere für ambulante Pflege und stationäre Langzeitpflege – nur eingeschränkt möglich; der Schwerpunkt der belastbaren Rückmeldungen lag auf dem akutstationären Setting.

Die Zusammensetzung der am Sounding Board beteiligten Praxispartner*innen ist vor dem Hintergrund der Akquisephase der Stellenprofile einzuordnen. Im Zuge der bundesweiten Einsammlung von Stellenprofilen wurde begleitend eine strukturierende Erhebung zum Umsetzungsstand und zur institutionellen Verankerung der BAPID-Typen durchgeführt (vgl. Genz & Gahlen-Hoops, 2025b). Diese diente der Kontextualisierung der eingegangenen Profile und der Einschätzung der Reichweite sowie der strukturellen Anschlussfähigkeit der Kompetenzlogik in unterschiedlichen Versorgungsbereichen.

Die Ergebnisse dieser begleitenden Erhebung zeigen, dass insbesondere im akutstationären Setting bereits häufiger formalisierte Rollenprofile vorliegen, während in der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege entsprechende Stellenprofile seltener dokumentiert und weniger standardisiert sind. Die im Sounding Board beobachtete Schwerpunktsetzung belastbarer Rückmeldungen im akutstationären Bereich spiegelt daher primär die Verfügbarkeit und institutionelle Ausdifferenzierung entsprechender Profile wider und ist nicht als Verzerrung der Konsentierung zu interpretieren.

Diese Einschränkung wird in der methodischen Einordnung (Kap. 4.5) reflektiert

4.3 Zentrale Rückmeldungen auf der Konsentierung

Die Rückmeldungen aus dem Sounding Board zeigten einen hohen grundsätzlichen Konsens hinsichtlich der Zielrichtung der Kompetenzprofile. Insbesondere positiv hervorgehoben wurden:

- die klare Abgrenzung der BAPID-Typen über professionelle Verantwortung statt über Tätigkeitslisten,
- die konsequente Verankerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgabe bei Pflegefachpersonen,
- die stärkere Sichtbarmachung akademischer Pflegekompetenz jenseits von Leitungs- oder Stabsfunktionen,
- die klare Differenzierung zwischen Assistenz-, Fach-, akademischer und APN-Rolle.

Gleichzeitig wurden mehrere kritische Punkte und Spannungsfelder benannt:

- Unschärfen in der Abgrenzung zwischen BAPID III und IV, insbesondere dort, wo bislang auf Begriffe wie „komplex“ oder „hochkomplex“ Bezug genommen wurde.

- Überfrachtung einzelner Profile durch zu hohe Anforderungen an Beratung, Leadership oder Konzeptarbeit ohne ausreichende strukturelle Rahmung.
- Uneinheitliche Verständlichkeit einzelner Begriffe (z. B. „evidenzbasiert“, „Mentoring“, „Steuerung“).
- Kritik an einzelnen Strukturkategorien (u. a. Gender- und Diversitätsdimensionen), die zwar inhaltlich als relevant anerkannt wurden, jedoch im Profilformat als zu abstrakt oder nicht rollenadäquat eingeschätzt wurden.

Diese Rückmeldungen bildeten die Grundlage für eine gezielte Überarbeitung der Kompetenzprofile.

4.4 Konsequenzen für die Überarbeitung der Kompetenzprofile

Auf Basis der Konsentierung wurden die Kompetenzprofile systematisch überarbeitet. Die Überarbeitung folgte dabei drei zentralen Linien:

4.4.1 Streichung der Kategorien „komplex“ und „hochkomplex“

Ein zentrales Ergebnis der praxisbasierten Konsentierung war nicht unmittelbar die Streichung der Kategorien „komplex“ und „hochkomplex“, sondern zunächst die deutliche Rückmeldung, dass die vorgelegten Kompetenzprofile trotz umfangreicher sprachlicher Nachschärfung keine trennscharfe Abgrenzung der BAPID-Typen über diese Kategorien leisten konnten.

Im Sounding Board wurde übereinstimmend deutlich, dass die Kategorien „komplex“ und „hochkomplex“ in der praktischen Anwendung als nicht ausreichend operationalisierbar wahrgenommen wurden. Sie erwiesen sich aus Praxissicht als

- begrifflich unscharf,
- stark kontextabhängig,
- nicht konsistent zwischen den BAPID-Typen abgrenzbar und
- anfällig für Fehlinterpretationen in Personalplanung, Aufgabenverteilung und professionspolitischer Einordnung.

In der anschließenden Überarbeitungsphase zeigte sich, dass eine methodisch saubere und zugleich praxisfähige Differenzierung der Kompetenzprofile entlang von Komplexitätszuschreibungen nicht lösbar war, ohne neue Unschärfen oder implizite Hierarchisierungen zu erzeugen.

Vor diesem Hintergrund wurde entschieden, sämtliche expliziten Bezugnahmen auf „komplexe“ oder „hochkomplexe“ Pflegesituationen aus den Kompetenzprofilen zu entfernen. Die Differenzierung zwischen den BAPID-Typen erfolgt in der finalen Fassung daher konsequent über unterschiedliche professionelle Verantwortungslogiken, Begründungstiefen und Zuständigkeiten – nicht über Eigenschaften der versorgten Personen oder situative Zuschreibungen.

4.4.2 Schärfung der Verantwortungslogik

Parallel zur Streichung der Komplexitätskategorien wurde die Verantwortungslogik zwischen den BAPID-Typen II bis V sprachlich und strukturell nachgeschärft. Dabei wurden insbesondere:

- Delegations- und Anleitungsverhältnisse klarer formuliert,
- Vorbehaltsaufgaben eindeutig verortet,
- Übergänge zwischen Fach-, akademischer und APN-Rolle präzisiert,

- Mentoring-, Beratungs- und Entwicklungsaufgaben klar an Qualifikationsniveaus rückgebunden.

Ziel war es, Kompetenzüberschneidungen zu reduzieren, ohne künstliche Hierarchien oder Abwertungen professioneller Praxis zu erzeugen.

4.4.3 Sprachliche und strukturelle Anpassungen

Darüber hinaus wurden:

- Formulierungen vereinfacht und sprachlogisch harmonisiert,
- strukturierende Kategorien reduziert oder zusammengeführt,
- nicht konsentierende Profilbestandteile (z. B. Gender- und Diversitätsdimensionen als eigenes Kapitel) entfernt,
- die klinische Verankerung insbesondere der Typ-V-Profile deutlicher hervorgehoben.

Die überarbeiteten Kompetenzprofile liegen damit als konsentierende Endfassungen vor und bilden die Grundlage der Ergebnisdarstellung in Kapitel 3.

4.5 Einordnung der Evaluation

Die im Rahmen von BAPID III durchgeführte Konsentierung ist nicht als Evaluation im Sinne einer Wirksamkeits- oder Outcome-Messung zu verstehen. Es wurden weder Versorgungsauscomes, noch Implementierungseffekte oder zu personenorientierte Ergebnisse untersucht.

Vielmehr handelt es sich um eine praxisbasierte Plausibilisierungs- und Validierungsphase, die folgende Funktionen erfüllt:

- fachliche Rückkopplung analytisch entwickelter Kompetenzprofile,
- Sicherstellung von Praxisnähe, Verständlichkeit und Anwendbarkeit,
- Identifikation professionspolitisch sensibler oder missverständlicher Zuschreibungen,
- Grundlage für eine verantwortungslöslich konsistente Endfassung.

Die Ergebnisse der Konsentierung erhöhen damit nicht die empirische Repräsentativität, wohl aber die inhaltliche Robustheit, Anschlussfähigkeit und Akzeptanz der Kompetenzprofile.

5. Diskussion

Die im Rahmen von BAPID III entwickelten Kompetenzprofile zeigen, dass eine differenzierte, qualifikationsbezogene Beschreibung pflegerischer Rollen nicht nur möglich, sondern für eine professionelle und zukunftsfähige Pflegepraxis zwingend erforderlich ist. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass pflegerische Verantwortung, Entscheidungsbefugnisse und Handlungsspielräume systematisch entlang von Qualifikationsniveaus beschrieben werden können und damit eine tragfähige Grundlage für Rollenklärung, Personalentwicklung und bildungspolitische Anschlussfähigkeit schaffen.

Die Befunde von BAPID III stehen in engem Zusammenhang mit aktuellen gesundheitspolitischen und professionsbezogenen Reformdebatten, insbesondere mit der Diskussion um das Pflegekompetenzgesetz, der Weiterentwicklung von Personalbemessungsinstrumenten (u. a. PEBEM), der Etablierung erweiterter pflegerischer Rollen wie Community Health Nursing (CHN) und Advanced Practice Nursing (APN) sowie mit Reformprozessen in spezialisierten Versorgungsbereichen wie der psychiatrischen Versorgung und den Universitätskliniken.

Zugleich machen die Analysen deutlich, dass zwischen konzeptioneller Rollenbeschreibung und struktureller Umsetzung weiterhin erhebliche Spannungsfelder bestehen. Insbesondere in den Kompetenzprofilen der Typen IV und V werden Aufgaben in Bereichen wie Leadership, Technologie & E-Health oder Qualität & Sicherheit zwar klar benannt, sind jedoch in den vorliegenden Stellenprofilen selten mit konkreten strukturellen Voraussetzungen unterlegt. Fehlende Stellenanteile, Freistellungen, Entwicklungspfade oder organisatorische Zuständigkeiten verweisen auf eine bislang unzureichende Integration akademischer Pflegekompetenzen in den pflegerischen Arbeitsalltag. Diese Diskrepanz spiegelt zentrale Kritikpunkte wider, die derzeit auch in der Auseinandersetzung mit bestehenden Personalbemessungs- und Refinanzierungslogiken diskutiert werden, die pflegerische Arbeit weiterhin primär über Tätigkeiten, Zeitanteile und Fallzahlen abbilden und professionsbezogene Verantwortungslogiken nur unzureichend berücksichtigen.

Ein weiteres zentrales Spannungsfeld betrifft die tarifliche und organisatorische Einordnung der beschriebenen Rollen. In der Praxis orientieren sich Stellenprofile häufig primär an bestehenden tariflichen Bewertungslogiken, die andere Schwerpunkte setzen als eine kompetenzbasierte Rollenbeschreibung. Tätigkeiten wie ethische Reflexion, fachliche Begründung, Anleitung oder professionsbezogene Entwicklungsarbeit – insbesondere relevant für die Typen IV und V – sind tariflich bislang nur begrenzt abbildbar. Diese Problematik wird aktuell auch im Kontext der Diskussion um das Pflegekompetenzgesetz sichtbar, das zwar eine Ausweitung pflegerischer Zuständigkeiten vorsieht, jedoch bislang nur eingeschränkt Aussagen zur strukturellen, tariflichen und organisatorischen Absicherung dieser erweiterten Verantwortungen trifft.

Auch aus bildungspolitischer Perspektive zeigen sich deutliche Entwicklungsbedarfe. Während die Kompetenzprofile der Typen II und III relativ gut an bestehende Ausbildungsstrukturen anschlussfähig sind, fehlen für die Typen IV und V bislang flächendeckend etablierte Bildungswege, institutionelle Lernorte und strukturierte Übergänge zwischen akademischer Qualifikation und beruflicher Praxis. Diese Befunde korrespondieren mit aktuellen Debatten zur Etablierung klinisch angebundener akademischer Rollen, etwa im Rahmen von APN- und CHN-Konzepten, sowie mit Forderungen nach einer stärkeren Verzahnung von Hochschulbildung, Versorgungsrealität und beruflicher Rollenentwicklung. Die BAPID-III-Profile können hier als Orientierungsrahmen dienen, legen aber zugleich offen, dass ohne curriculare Weiterentwicklungen, hochschulische Anbindung und praxisnahe Implementierungsmodelle diese Rollenbilder nur begrenzt wirksam werden können.

Die horizontale Analyse der Versorgungskontexte zeigt darüber hinaus, dass pflegerische Kompetenz nicht losgelöst vom Setting gedacht werden kann. Gleich benannte Kompetenzbereiche – etwa Organisation & Planung oder Selbstmanagement & Empowerment – entfalten in der ambulanten Pflege, der stationären Langzeitpflege und der akutstationären Versorgung jeweils unterschiedliche Ausprägungen. Diese Ergebnisse sind insbesondere vor dem Hintergrund aktueller Reformdiskussionen in der stationären Langzeitpflege, der psychiatrischen Versorgung und in den Universitätskliniken von Bedeutung, in denen eine stärkere Differenzierung pflegerischer Rollen bei gleichzeitiger Sicherung der Versorgungsqualität gefordert wird.

BAPID III macht deutlich, dass Versuche, pflegerische Kompetenz primär über Zuschreibungen von „Komplexität“ oder „hochkomplexen“ Pflegesituationen zu steuern – wie sie in verschiedenen ordnungspolitischen und administrativen Instrumenten weiterhin anzutreffen sind –, die intendierte Rollenklärung eher unterlaufen als unterstützen. Die im Projekt vollzogene Abkehr von diesen Kategorien und die konsequente Orientierung an professioneller Verantwortung, Begründungstiefe und Zuständigkeit stellen daher nicht nur eine interne Modellentscheidung dar, sondern einen bewusst professionslogischen Gegenentwurf zu bestehenden Steuerungsansätzen.

Insgesamt verdeutlicht die Diskussion, dass die im Projekt BAPID III entwickelten Kompetenzprofile eine belastbare Grundlage für die Weiterentwicklung pflegerischer Rollenbilder darstellen. Ihre Wirksamkeit hängt jedoch entscheidend von begleitenden strukturellen, bildungspolitischen und tariflichen Rahmenbedingungen ab. BAPID III positioniert sich damit explizit als professionsbezogener Referenzrahmen innerhalb aktueller Reformdebatten – nicht als Ersatz bestehender Instrumente, sondern als analytische Grundlage für deren Weiterentwicklung. Das Projekt versteht sich daher ausdrücklich nicht als abschließendes Modell, sondern als Impuls und Referenzrahmen für weitere Forschung, professionspolitische Aushandlungsprozesse und die langfristige Etablierung eines differenzierten, kompetenzbasierten Rollenverständnisses in der Pflege.

6. Fazit/Ausblick

Mit BAPID III liegt erstmals eine systematisch strukturierte, praxisvalidierte und professionsorientierte Ausarbeitung differenzierter pflegerischer Kompetenzprofile vor. Aufbauend auf der Kompetenzmatrix aus BAPID I sowie den typisierten Rollenprofilen und Berufsbildern aus BAPID II wurden in enger Zusammenarbeit mit bundesweiten Praxispartner*innen konkrete Handlungserwartungen, Verantwortungsbereiche und Kompetenzanforderungen für die BAPID-Typen II bis V entwickelt. Dabei wurden alle drei zentralen Versorgungsbereiche – ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege und akutstationäre Versorgung – systematisch berücksichtigt.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass pflegerische Rollen entlang klar unterscheidbarer Kompetenzniveaus beschrieben und mit beruflicher Handlungstiefe unterlegt werden können. Pflege erscheint damit nicht länger als homogenes Tätigkeitsfeld, sondern als differenziertes professionelles Handlungsgefüge mit klaren Verantwortungslogiken. Zugleich wird sichtbar, dass der Transfer dieser Kompetenzprofile in die Versorgungspraxis nicht allein über Rollenbeschreibungen zu leisten ist. Er setzt strukturelle Voraussetzungen voraus – insbesondere tarifliche Anschlussfähigkeit, institutionelle Entwicklungsräume, verbindliche Bildungswege und eine stärkere professionspolitische Rahmung.

Gerade für die akademisierten Kompetenzprofile der Typen IV und V zeigen sich erhebliche Umsetzungsdefizite. In vielen Versorgungskontexten fehlen bislang verbindliche Stellenzuschnitte, klare Verantwortungszuweisungen und nachhaltige Refinanzierungsmodelle. Akademische Pflegekompetenz bleibt dadurch häufig punktuell, projektbezogen oder personengebunden, statt systematisch in die Versorgungsstrukturen integriert zu sein.

Vor diesem Hintergrund versteht sich BAPID III ausdrücklich nicht als abschließendes Modell, sondern als Ausgangspunkt eines weiterführenden Entwicklungsprozesses. Die vorliegenden Kompetenzprofile sind als Referenz- und Orientierungsrahmen konzipiert:

- für Bildungseinrichtungen, um Qualifizierungs- und Studienangebote stärker an realen Rollenanforderungen auszurichten;
- für Träger und Einrichtungen, um differenzierte Rollen systematisch in Personal- und Organisationsstrukturen zu integrieren;
- und für die Berufspolitik, um verlässliche Rahmenbedingungen für eine qualifikations- und kompetenzbasierte Pflegepraxis zu schaffen.

Aus den Ergebnissen ergeben sich mehrere zentrale Perspektiven für die Weiterentwicklung:

- **Standardisierung:** Die entwickelten Musterprofile sollten mittelfristig als bundesweit anschlussfähige Referenzrahmen in Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Personalentwicklungsstrategien etabliert werden.

- **Curriculare Integration:** Insbesondere für die BAPID-Typen IV und V bedarf es systematisch entwickelter hochschulischer Curricula sowie klarer Übergänge zwischen Studium und Berufspraxis.
- **Tarifliche Anerkennung:** Eine professionsgerechte Eingruppierung akademisierter Pflegepersonen muss tariflich ermöglicht und politisch abgesichert werden.
- **Implementierungsbegleitung:** Einrichtungen benötigen gezielte Unterstützung bei der Einführung neuer Rollen, etwa durch Coaching, Qualifizierungsangebote für Führungspersonen und begleitende Organisationsentwicklung.
- **Forschung und Evaluation:** Die Wirkung der Kompetenzprofile sollte weiter wissenschaftlich untersucht werden – nicht im Sinne individueller Leistungsbewertung, sondern mit Blick auf Versorgungsqualität, Teamakzeptanz, Rollenstabilität und strukturelle Wirksamkeit.

BAPID III macht deutlich: Pflege kann mehr – wenn Qualifikation, Verantwortung und Handlungsspielräume zusammen gedacht und strukturell ermöglicht werden. Die differenzierten Kompetenzprofile markieren einen zentralen Schritt hin zu einer zukunftsfähigen, evidenzbasierten und bildungspolitisch anschlussfähigen Pflegepraxis in Deutschland.

7. Literatur

- Dorfmeister, Michaela (2010). Invisible Care – ist Pflege unsichtbar? ProCre 15, 32-36. <https://doi.org/10.1007/s00735-010-0382-z>
- Genz, Katharina & Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2025a). BAPID II – Rollenprofile und Berufsbilder. <https://www.pflegepaedagogik.uni-kiel.de/de/bapid-ii/genz-gahlen-hoops-2025-bapid-ii-rollenprofile-und.pdf> [02.07.2025].
- Genz, Katharina & Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2025b). BAPID III Bericht zur bundesweiten Umsetzung und Analyse von BAPID-Stellenprofilen (Typ II–V) – Auswertung vollständig ausgefüllter Umfragen. <https://www.pflegepaedagogik.uni-kiel.de/de/projekt-bapid-iii/begleiterhebung-stellenprofile-bapid-iii.pdf> [06.02.2026].
- Kuckartz, Udo & Rädiker, Stefan (2024). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz (6. Aufl). Beltz Juventa.
- Wit, Renate F.; Veer, Anke J. E. de; Batenburg, Ronald S.; Francke, Anneke L. (2023). International comparison of professional competency frameworks for nurses: a document analysis. BMC nursing 22 (1), S. 343. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01514-3>.

Anhang

1. Kompetenzprofil

Pflegefachassistentenperson – Ambulante Pflege – BAPID Typ II

2. Zielsetzung der Stellung

Die Stelle dient der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, personenzentrierten Basis- und unterstützenden Behandlungspflege im häuslichen Umfeld der Klient*innen. Ziel ist die standardorientierte und zuverlässige Unterstützung der Pflegefachpersonen bei der Umsetzung des Pflegeprozesses, dessen Verantwortung gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) bei der Pflegefachperson liegt sowie eine verantwortungsbewusste Mitwirkung an der Förderung der Selbstständigkeit der Klient*innen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit.

3. Art des Pflegedienstes / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz der Pflegefachassistentenperson (BAPID Typ II) erfolgt in ambulanten Pflegediensten im häuslichen Umfeld der Klient*innen. Die Tätigkeit ist in standardisierte ambulante Versorgungsstrukturen eingebettet und erfolgt unter Anleitung und fachlicher Verantwortung von Pflegefachpersonen. Regionale Besonderheiten, Versorgungsgebiet, Tourenstruktur, Teamzusammensetzung, organisatorische Abläufe sowie digitale und technische Ausstattung sind einrichtungsspezifisch festzulegen]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ II (AX/P2/S0)
Qualifikationsniveau	Pflegefachassistent (nach Pflegefachassistentengesetz; Ausbildungsdauer abhängig von landesrechtlichen Regelungen)
Verortung im Kompetenzrahmen	Pflegefachassistentenperson mit assistiven und mitwirkenden Aufgaben in standardisierten ambulanten Pflegesituationen im häuslichen Umfeld, unter Anleitung und nach Delegation durch eine Pflegefachperson

5. Berufliche Rolle

Die Pflegefachassistentenperson arbeitet im Rahmen klar vorgegebener Standards eigenständig in der Durchführung der ihr übertragenen Aufgaben und unterstützt die Pflegefachperson bei der Umsetzung des Pflegeprozesses, dessen Verantwortung bei der Pflegefachperson liegt. Sie übernimmt basis- und definierte behandlungspflegerische Maßnahmen im häuslichen Umfeld, führt diese standardorientiert und sachgerecht durch und passt Maßnahmen nach Rücksprache und Delegation mit der Pflegefachperson an die räumlichen und sozialen Gegebenheiten an. Sie

beobachtet den Gesundheitszustand der Klient*innen sorgfältig im Rahmen ihrer Zuständigkeit und gibt Auffälligkeiten zeitnah an die Pflegefachperson weiter.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen des Pflegefachassistenzgesetzes sowie an den landesrechtlichen Regelungen zur Pflegefachassistenz und steht im Einklang mit den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG). Die Tätigkeiten erfolgen nach vorgegebenen Standards im Rahmen delegierter Aufgaben unter Anleitung und fachlicher Verantwortung einer Pflegefachperson. In Situationen, die über den eigenen Aufgabenbereich hinausgehen, erfolgen Tätigkeiten ausschließlich nach Anweisung und unter Aufsicht der Pflegefachperson. Dienstinterne Vorgaben und Tourenpläne sind unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben verbindliche Grundlage der Arbeit. Die Pflegefachassistenzperson unterstützt die Qualitätssicherung durch die fachgerechte Durchführung delegierter Tätigkeiten sowie durch die sachgerechte, zeitnahe Dokumentation und Weitergabe relevanter Beobachtungen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die Pflegefachassistenzperson übernimmt Verantwortung für die sachgerechte Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards sowie von delegierten behandlungspflegerischen Maßnahmen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit im häuslichen Umfeld. Sie ist verantwortlich für die sorgfältige Beobachtung des Gesundheitszustands der Klient*innen, die zeitgerechte und strukturierte Weitergabe relevanter Informationen an die zuständige Pflegefachperson sowie die sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und Beobachtungen im vorgegebenen Rahmen. Die Pflegefachassistenzperson führt delegierte pflegerische Maßnahmen nach Anweisung und unter fachlicher Verantwortung der Pflegefachperson durch und ist verantwortlich für den sachgerechten Umgang mit Materialien und Hilfsmitteln im Rahmen der Tour.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Prinzipien auf Grundlage eines humanistischen Menschenbildes sowie der Wahrung der Menschenwürde und Autonomie (Art. 1 GG) – Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, Empathie – Einhaltung rechtlicher und institutioneller Vorgaben einschließlich Schweigepflicht und Datenschutz – Verantwortungsbewusstsein und professionelle Abgrenzung im eigenen Aufgabenbereich – Trifft ethische Entscheidungen ausschließlich im Rahmen des eigenen Aufgabenbereichs und bezieht bei weitergehenden ethischen Fragestellungen die Pflegefachpersonen aktiv mit ein

	– Ethische Sensibilität gegenüber der Vulnerabilität der Klient*innen sowie der Machtasymmetrie in Pflegebeziehungen – Reflektiert eigene Wertvorstellungen im Abgleich mit berufsethischen Prinzipien und allgemein anerkannten berufsethischen Kodizes (z. B. ICN-Ethikkodex) – Respektvoller und sensibler Umgang mit Diversität, unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und Lebensformen – Achtsamkeit gegenüber den eigenen Belastungsgrenzen sowie verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Gesundheit
Pflegerische Versorgungspraxis	– Sach- und fachgerechte Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards (z. B. Körperpflege, Mobilisation, Ernährung) – Durchführung prophylaktischer Maßnahmen ausschließlich nach Delegation sowie unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson (z. B. Dekubitus-, Pneumonie-, Thromboseprophylaxe) – Mitwirkung an behandlungspflegerischen Maßnahmen nach Delegation und unter fachlicher Anleitung (z. B. Vitalzeichenkontrolle, klar delegierte, risikoarme Teilhandlungen im Rahmen standardisierter Abläufe) – Unterstützung bei der Mobilisation, Positionierung und beim Transfer – Mitwirkung bei palliativer Begleitung unter Anleitung der Pflegefachperson – Beobachtung des Gesundheitszustands sowie von Bedürfnissen und Wünschen der Klient*innen und Weitergabe relevanter Informationen an die Pflegefachperson – Einhaltung von Hygiene- und Sicherheitsvorgaben – Anpassung pflegerischer Maßnahmen an räumliche, technische und soziale Bedingungen im häuslichen Umfeld nach Absprache und Delegation durch die Pflegefachperson – Berücksichtigung vorhandener Ressourcen und Hilfsmittel der Klient*innen – Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten pflegerischen Maßnahmen und Beobachtungen im vorgegebenen Rahmen – In Notfallsituationen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständige pflegefachliche Entscheidungsfindung – Einfache alltagsbezogene Anleitungen für Klient*innen ausschließlich unter Anleitung; keine eigenständige Beratung – Mitwirkung als Rückmelde- und Informationsschnittstelle im interprofessionellen Team ohne eigene Steuerungs- oder Entscheidungsverantwortung

Kommunikation & Kooperation	– Mitwirkung an Dienstübergaben und Besprechungen durch strukturierte Weitergabe relevanter Beobachtungen und Informationen an die zuständige Pflegefachperson – Freundliche, wertschätzende Kommunikation mit Klient*innen, An- und Zugehörigen sowie Kolleg*innen im Rahmen alltagsbezogener, nicht-beratender Gesprächssituationen – Unterstützung von An- und Zugehörigen bei einfachen pflegerischen Maßnahmen im häuslichen Umfeld ausschließlich nach Anweisung der Pflegefachperson; keine eigenständige Anleitung oder Beratung – Informationsweitergabe an Pflegefachpersonen und andere Teammitglieder zeitgerecht zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität im Rahmen der eigenen Zuständigkeit – Vermittlung ergänzender Hilfen und Dienstleistungen (z. B. Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Sozialdienste) ausschließlich nach Rücksprache mit der Pflegefachperson und ohne eigenständige Koordination – Sachgerechte und zeitnahe schriftliche bzw. digitale Dokumentation relevanter Informationen im vorgegebenen Rahmen – Wahrung der Schweigepflicht und der datenschutzrechtlichen Vorgaben (DSGVO) in allen Kommunikationssituationen – Deeskalierendes Mitwirken bei Konflikten mit Klient*innen, An- und Zugehörigen oder im Team unter Rückgriff auf Pflegefachpersonen oder andere zuständige Stellen – Aktive Rückmeldung relevanter Beobachtungen sowie Bereitschaft zur Annahme und Umsetzung von Feedback im Rahmen der eigenen Tätigkeit – Sensibler Umgang mit sprachlichen, kulturellen und sozialen Unterschieden; bei Bedarf Hinzuziehen geeigneter Unterstützung
Gesundheitsförderung & Prävention	– Unterstützung bei gesundheitsfördernden Maßnahmen (z. B. Bewegung im Alltag, Unterstützung bei Mahlzeiten) im Rahmen vorgegebener Standards und unter Anleitung der Pflegefachperson – Motivation der Klient*innen zur Teilnahme an sozialen und therapeutischen Angeboten nach Absprache mit der Pflegefachperson – Anleitung zu gesundheitsfördernden Alltagsgewohnheiten ausschließlich in einfachen, standardisierten Alltagssituationen und ohne eigenständige Beratungsfunktion – Mitwirkung an prophylaktischen Maßnahmen (z. B. Sturz-, Haut- und Infektionsprävention) nach klar vorgegebenen Standards und nach Delegation – Beobachtung der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen durch die Klient*innen sowie zeitnahe Rückmeldung bei Auffälligkeiten, Risiken oder Unterstützungsbedarf an die Pflegefachperson

	– Keine eigenständige Gesundheits-, Lebensstil- oder medizinische Beratung; Gesundheitsberatung und Aufklärung sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses
Organisation & Planung	– Mitarbeit bei der Organisation von Arbeitsabläufen im Team im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Vorgaben der Pflegefachperson – Eigenständige Organisation der Touren im Rahmen der vorgegebenen Einsatzpläne; Anpassungen an kurzfristige Änderungen (z. B. Notfälle, Ausfälle) ausschließlich nach Rücksprache mit der Pflegefachperson – Sachgerechter Umgang mit Arbeitsmitteln und Hilfsmitteln – Ressourcenschonendes Arbeiten als ergänzender Grundsatz im pflegerischen Alltag – Beobachtung von Veränderungen im Pflegeverlauf sowie zeitnahe Weitergabe relevanter Informationen an die Pflegefachperson – Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und relevanter Beobachtungen als Bestandteil organisatorischer Aufgaben – Unverzögliche Weiterleitung von Abweichungen im Ablauf oder Notfallsituationen an die Pflegefachperson – Organisation und Planung umfassen nicht die Planung, Steuerung oder Evaluation des Pflegeprozesses; diese sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson
Leadership	– Mitwirkung bei der Einarbeitung neuer Mitarbeitenden auf gleichem Qualifikationsniveau durch Weitergabe von Erfahrungen im eigenen Aufgabenbereich und in Rückkopplung mit der Pflegefachperson – Unterstützung des Teams durch verlässliche Zuarbeit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit – Unterstützung bei der Integration neuer Teammitglieder durch Vorbildfunktion im eigenen Aufgabenbereich; keine aktive Anleitung oder Beurteilung – Übernimmt keine Leitungs-, Steuerungs- oder Entscheidungsverantwortung; Pflegeprozess- und Personalverantwortung liegen ausschließlich bei der Pflegefachperson – Fördert durch respektvollen Umgang, offene Kommunikation und unterstützendes Verhalten eine konstruktive Teamkultur – Wirkt bei Konflikten im Arbeitsalltag deeskalierend und unterstützend mit und bezieht bei Bedarf Pflegefachpersonen oder andere zuständige Stellen ein – Reflektiert die eigenen Aufgaben, Rollen und Grenzen und vermeidet die Übernahme nicht zulässiger Tätigkeiten
Qualität & Sicherheit	– Umsetzung interner Standards im eigenen Aufgabenbereich unter fachlicher Verantwortung der Pflegefachperson

	– Beobachtung des Gesundheitszustands sowie potenzieller einfacher Risikoanzeichen (z. B. Hautzustand, Mobilität) und sachgerechte, zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Maßnahmen und Beobachtungen sowie zeitgerechte Informationsweitergabe an die Pflegefachperson – Beitrag zur Qualität und Sicherheit durch standardorientiertes Arbeiten, Hygiene- und Sicherheitsbewusstsein sowie durch Beobachtung, Dokumentation und Weitergabe relevanter Informationen – Keine eigenständige Durchführung von Assessments (z. B. Risiko- oder Hautassessments); Einschätzung, Bewertung und Ableitung von Maßnahmen erfolgen durch die Pflegefachperson – Wahrung von Hygiene- und Infektionsschutzstandards im eigenen Aufgabenbereich – Unverzügliche Weiterleitung von Auffälligkeiten, Abweichungen, Fehlern oder Beinahefehlern an die Pflegefachperson bzw. zuständige Stellen – In kritischen oder notfallartigen Situationen sofortige Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen Entscheidungen – Qualitätsentwicklung, -steuerung und -evaluation sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Bereitschaft und Verpflichtung zur Teilnahme an internen und externen Fortbildungen zur Sicherstellung einer fachgerechten Aufgabenerfüllung – Aktive Beteiligung an kollegialen Beratungs- und Lernprozessen durch Austausch, Rückfragen und Rückmeldungen an Pflegefachpersonen und Praxisanleitende, ohne Übernahme von Anleitungs- oder Bewertungsverantwortung – Weitergabe einfacher, alltagsbezogener Hinweise im eigenen Aufgabenbereich an Praktikant*innen oder FSJ-/BFD-Kräfte in Rückkopplung mit und unter Anleitung der Pflegefachperson – Aktives Einholen von Rat bei Pflegefachpersonen in unsicheren Situationen sowie sachgerechte mündliche und schriftliche Weitergabe relevanter Informationen – Reflexion des eigenen Handelns und aktive Annahme von Feedback als Bestandteil professionellen Lernens – Umsetzung neuer pflegerischer Standards und Erkenntnisse, sobald diese in der Einrichtung eingeführt sind – Bereitschaft zur Nutzung digitaler Dokumentationssysteme und technischer Assistenzsysteme sowie zur entsprechenden Fortbildung – Keine Übernahme von Praxisanleitung, Leistungsbewertung oder Kompetenzentwicklung anderer; diese Aufgaben liegen ausschließlich bei Pflegefachpersonen

Technologie & E-Health	– Nutzung digitaler Dokumentationssysteme im Rahmen des eigenen Aufgabenbereichs unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben und der Schweigepflicht (DSGVO) – Anwendung technischer Hilfsmittel im Rahmen delegierter Tätigkeiten und nach entsprechender Einweisung, (z. B. Hebelifter, Blutdruckmessgeräte) unter fachlicher Verantwortung der Pflegefachperson – Dokumentation von Pflegeleistungen sachgerecht und zeitnah direkt beim Klient*innenkontakt über mobile Endgeräte nach vorgegebenen Standards – Mitwirkung bei telemedizinischen und digitalen Anwendungen (z. B. technische Unterstützung bei der Erfassung oder Übertragung von Vitaldaten), ohne eigenständige Interpretation oder Bewertung der Daten – Unterstützung von Klient*innen bei der Nutzung einfacher digitaler Anwendungen (z. B. mobile Endgeräte zur Kommunikation), ohne Beratung zu medizinisch-pflegerischen E-Health-Anwendungen – Unverzügliche Meldung technischer Mängel, Störungen oder Defekte an zuständige Stellen; keine eigenständige Behebung oder Risikoabwägung – Bereitschaft zur kontinuierlichen Schulung und Einarbeitung in digitale Dokumentationssysteme, technische Hilfsmittel und Assistenzsysteme
Selbstmanagement & Empowerment	– Unterstützung der Klient*innen bei Alltagsaktivitäten und Selbstpflege – Förderung von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Anleitung der Pflegefachperson – Motivation und Unterstützung der Klient*innen zu selbstständigem Handeln im Alltag nach vorgegebenen Standards und unter Anleitung der Pflegefachperson – Beobachtung der Selbstpflegefähigkeiten, vorhandener Ressourcen sowie möglicher Hindernisse und zeitnahe Rückmeldung an die Pflegefachperson – Unterstützung erfolgt orientiert an individuellen Fähigkeiten sowie sozialen und kulturellen Bedingungen und ausschließlich in Rücksprache mit der Pflegefachperson – Keine eigenständige Klient*innenedukation, Gesundheits- oder Krankheitsberatung; Planung und Steuerung von Empowerment-Maßnahmen sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards und unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson (z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilisation)
- Durchführung prophylaktischer Maßnahmen ausschließlich nach Delegation sowie unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson (z. B. Dekubitus-, Pneumonie-, Thromboseprophylaxe) nach vorgegebenen Standards
- Mitwirkung bei behandlungspflegerischen Maßnahmen nach Delegation sowie unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson
- Unterstützung bei der Lagerung, Positionierung und Mobilisation
- Beobachtung von Veränderungen im Gesundheitszustand sowie der Selbstpflegefähigkeit und zeitnahe Weitergabe an die zuständige Pflegefachperson
- Dokumentation von durchgeführten Maßnahmen sachgerecht und zeitnah im vorgegebenen Rahmen
- Anpassung pflegerischer Maßnahmen an häusliche Ressourcen und individuelle Wohnumgebung erfolgt ausschließlich nach Abstimmung und Delegation durch die Pflegefachperson
- Bei akuten Veränderungen oder Notfällen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen pflegefachlichen Entscheidungen
- Unterstützende Mitwirkung bei der Förderung von Selbstständigkeit und Beteiligung der Klient*innen im Alltag, ohne beratende oder steuernde Funktion
- Weitergabe relevanter Beobachtungen an die Pflegefachperson zur Nutzung in der interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen)
- Alle Tätigkeiten erfolgen unter Einhaltung geltender Hygiene- und Sicherheitsstandards

Koordination & Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen, Therapeut*innen und anderen Berufsgruppen in unterstützender Funktion
- Teilnahme an Übergaben und Teambesprechungen zur strukturierten Informationsweitergabe, ohne Steuerungs- oder Entscheidungsbefugnis
- Verlässliche Unterstützung bei der Organisation von Arbeitsabläufen im Team, ohne eigenständige Koordination oder Priorisierung
- Zeitgerechte Informationsweitergabe zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Vorgaben der Pflegefachperson sowie sachgerechte schriftliche bzw. digitale Dokumentation relevanter Informationen
- Informationsweitergabe an Klient*innen sowie An- und Zugehörige ausschließlich im Rahmen der eigenen Zuständigkeit; umfassende Beratung obliegt der Pflegefachperson
- Deeskalierendes Mitwirken bei Konflikten im Team ohne eigenständige Entscheidungs- oder Steuerungsfunktion
- Bei kritischen Situationen oder akuten Veränderungen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen pflegefachlichen Entscheidungen

Qualität & Organisation

- Einhaltung von Hygienestandards und Sicherheitsvorgaben im eigenen Aufgabenbereich
- Beobachtung von Risikofaktoren (z. B. Hautzustand, Mobilität) sowie vollständige, zeitnahe und nachvollziehbare Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und Beobachtungen
- Zeitnahe Weitergabe von Auffälligkeiten, Risiken oder Abweichungen an die Pflegefachperson; Bewertung, Neueinschätzung und Maßnahmenplanung erfolgen durch die Pflegefachperson
- Meldung von Fehlern, Abweichungen oder Beinahefehlern gemäß dienst- bzw. einrichtungsinternen Verfahren (z. B. CIRS)
- Bei Risiken, akuten Veränderungen oder Notfällen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen pflegefachlichen Entscheidungen
- Sorgfältiger Umgang mit Materialien und Hilfsmitteln im Rahmen der eigenen Zuständigkeit
- Unterstützung bei der Umsetzung dienst- bzw. einrichtungsinterner Standards im eigenen Aufgabenbereich
- Teilnahme an regelmäßigen Schulungen zu Hygiene-, Sicherheits- und Qualitätsstandards

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Zuwendungsvolle, respektvolle und kultursensible Beziehungsgestaltung mit Klient*innen
- Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und sozialer Teilhabe
- Förderung der Selbstständigkeit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Anweisung der Pflegefachperson
- Motivation und Unterstützung der Klient*innen zu selbstständigem Handeln im Alltag nach vorgegebenen Standards
- Beobachtung von Ressourcen, Selbstpflegefähigkeiten und möglichen Einschränkungen der Klient*innen sowie zeitnahe Rückmeldung an die Pflegefachperson bei Unterstützungsbedarf
- Unterstützung erfolgt individuell angepasst sowie diversitäts- und kultursensibel und ausschließlich in Rücksprache mit der Pflegefachperson
- Keine eigenständige Pflegeberatung, Klient*innenedukation, Schulung oder Evaluation; diese sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses
- In kritischen Situationen oder bei Anzeichen von Überforderung unverzügliche Information der Pflegefachperson

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Pflegefachassistentenperson nach Pflegefachassistentengesetz oder eine gleichwertige landesrechtlich geregelte pflegerische Assistenzqualifikation
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegefachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine einschlägige Berufserfahrung notwendig.

11. Persönliche Eigenschaften:

- Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein
- Belastbarkeit und Flexibilität im Arbeitsalltag
- Respektvoller, wertschätzender Umgang mit Klient*innen, An- und Zugehörigen und Kolleg*innen
- Empathie und Freude an der Arbeit mit Menschen in pflegerischen Versorgungssituationen
- Geduld, Ausgeglichenheit und Einfühlungsvermögen
- Bereitschaft zur Anleitung durch Pflegefachpersonen und zur Arbeit nach klar vorgegebenen Standards sowie zur kollegialen Zusammenarbeit
- Fähigkeit, Beobachtungen sorgfältig, klar und zeitnah an die zuständige Pflegefachperson weiterzugeben
- Bereitschaft zur persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Orientierung am Leitbild der Einrichtung
- Orientierung an ethischen Werten und einem humanistischen Menschenbild sowie an berufsethischen Prinzipien (z. B. Würde des Menschen, Gleichbehandlung, ICN-Ethikkodex)
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Vulnerabilität, Krankheit, Krise und Tod
- Fähigkeit, Feedback konstruktiv zu geben und anzunehmen sowie das eigene Handeln im Rahmen der eigenen Rolle kritisch zu reflektieren
- Kommunikationsfähigkeit (klar, adressat*innengerecht, situationsangemessen)
- Konfliktfähigkeit und deeskalierendes Verhalten im Team sowie im Kontakt mit Klient*innen und An- und Zugehörigen
- Sorgfalt und Verlässlichkeit bei schriftlicher und digitaler Dokumentation unter Beachtung rechtlicher Vorgaben
- Interkulturelle Sensibilität und respektvoller Umgang mit Vielfalt (z. B. Sprache, Kultur, Religion, Lebensformen)
- Sicherheitsbewusstsein sowie Bereitschaft, Risiken und Auffälligkeiten unverzüglich an Pflegefachpersonen weiterzugeben

12. Dienstinterne Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	[z. B. Touren- und Schichtdienst, flexible Einsatzzeiten nach Dienstplan]
Vergütung	[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]
Fortbildung	[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende

Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig verpflichtend vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die Pflegefachassistent*in arbeitet im unmittelbaren Versorgungsalltag eng mit Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, Ärzt*innen und anderen beteiligten Berufsgruppen zusammen. Sie gibt Informationen ausschließlich im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach klar vorgegebenen, schriftlich fixierten Standards weiter und leitet relevante Beobachtungen zeitnah und strukturiert an die zuständige Pflegefachperson weiter. Die Abstimmung mit An- und Zugehörigen erfolgt unter Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes sowie ausschließlich in Rücksprache mit der Pflegefachperson. Die Vermittlung ergänzender Hilfen (z. B. Sozialdienste, Haushaltshilfen, Sanitätshäuser) erfolgt unterstützend und ausschließlich nach Rücksprache mit der Pflegefachperson. Eine koordinierende, steuernde oder eigenständig beratende Rolle sowie externe oder fallübergreifende Netzwerkarbeit sind nicht Bestandteil der Rolle. Relevante Informationen aus der Zusammenarbeit sind sachgerecht und schriftlich bzw. digital zu dokumentieren. Konflikte im Team oder mit An- und Zugehörigen werden nicht eigenständig bearbeitet, sondern an die Pflegefachperson weitergeleitet; die Pflegefachassistent*in wirkt hierbei unterstützend und deeskalierend mit.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle ermöglicht eine berufliche Weiterentwicklung in Richtung Pflegefachperson (BAPID Typ III). Fort- und Weiterbildungen werden im Rahmen der gesetzlichen und einrichtungsspezifischen Vorgaben gefördert, insbesondere bezogen auf die sichere Durchführung delegierter Behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie das Notfallmanagement im ambulanten Setting. Die eigenständige Erweiterung von Aufgabenbereichen erfolgt nicht; zusätzliche Tätigkeiten können ausschließlich nach gezielter Anleitung, entsprechender formaler Qualifikation und im Rahmen der jeweils geltenden Qualifikationsvorgaben übernommen werden.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einarbeitung erfolgt nach einem dienstinternen, standardisierten und strukturierten Einarbeitungsplan, der die Besonderheiten des ambulanten Arbeitens (Tourenplanung, mobile Dokumentation, Kommunikation mit An- und Zugehörigen) berücksichtigt und durch eine benannte Pflegefachperson angeleitet und begleitet wird. Für neue Mitarbeitende steht eine feste Ansprechperson (Pflegefachperson) während der Einarbeitungsphase zur Verfügung. Die Einarbeitung umfasst eine dokumentierte Begleitung, regelmäßige Feedback- und Rückmeldegespräche sowie eine Einschätzung der Handlungssicherheit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit. Bei Bedarf kann kollegiale Beratung durch erfahrene Pflegefachpersonen erfolgen. Strukturierte Reflexions- und Austauschformate werden angeboten, um Belastungen zu

reflektieren und professionelles Handeln zu sichern. Besonderes Augenmerk liegt auf der standardorientierten und sicheren Durchführung der im Rahmen der Assistenzrolle vorgesehenen Tätigkeiten, der Beachtung klarer Delegations- und Anleitungsstrukturen sowie der Reflexion eigener Grenzen. Auch nach Abschluss der Einarbeitung wird die fachliche Begleitung im Team fortgeführt, ohne dass hiermit eine Erweiterung der Verantwortungsbereiche verbunden ist.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der Pflegefachassistenzperson (BAPID Typ II) ist eine isolierte Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle nicht vorgesehen. Die Tätigkeit der Pflegefachassistenzperson ist auch im ambulanten Setting stets in team- und prozessbezogene Versorgungsstrukturen eingebettet; eine personenbezogene Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die Pflegefachassistenzperson ist Teil eines professionellen ambulanten Pflegeteams. Die Arbeit erfordert eine zuverlässige Organisation der eigenen Touren im Rahmen vorgegebener Einsatzpläne sowie eine regelmäßige fachliche Abstimmung mit Pflegefachpersonen und dem Team. Die Nutzung digitaler Touren- und Dokumentationssysteme erfolgt nach Anleitung und nach vorgegebenen Standards. Regelmäßige Team- und Fallbesprechungen sowie strukturierte Kommunikations- und Feedbackformate sichern die Qualität der Versorgung und fördern die Zusammenarbeit und Identifikation mit der Einrichtung.

1. Kompetenzprofil

Pflegefachperson – Ambulante Pflege – BAPID Typ III

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung einer personenzentrierten und standardorientierten sowie leitlinienbasierten Pflege im häuslichen Umfeld. Ziel ist die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses als fachgerechte, standard-, leitlinien- und situationsorientierte Umsetzung pflegerischer Maßnahmen sowie die aktive Förderung von Selbstständigkeit, Gesundheitskompetenz und Lebensqualität der Klient*innen nach geltenden Standards. Die Stelle umfasst zudem die pflegefachliche Beratung, Schulung und Anleitung von Klientinnen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG). Die Pflegefachperson Typ III handelt im Pflegeprozess eigenverantwortlich innerhalb geltender Standards, Leitlinien und organisationsbezogener Vorgaben und zieht die Pflegefachperson Typ IV bei Fragen der fachlichen Begründung, kritischen Einordnung, kontextbezogenen Anpassung oder Weiterentwicklung pflegerischer Praxis bei Bedarf hinzu.

3. Art des Pflegedienstes / Kontext

[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz der Pflegefachperson (BAPID Typ III) erfolgt in Einrichtungen der ambulanten Pflege (z. B. ambulante Pflegedienste, Sozialstationen, spezialisierte ambulante Versorgungsangebote) im häuslichen Umfeld. Versorgungsanlässe, pflegerische Schwerpunkte (z. B. grund- und behandlungspflegerische Versorgung, Beratung und Anleitung, Begleitung chronischer Erkrankungen), Teamzusammensetzung, organisatorische und technische Rahmenbedingungen sowie Schnittstellen der interprofessionellen Zusammenarbeit sind einrichtungsspezifisch festzulegen.]

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ III (AX/P3/S0)
Qualifikationsniveau	Abgeschlossene generalistische Pflegeausbildung nach Pflegeberufegesetz (Pflegefachfrau/Pflegefachmann) mit staatlichem Examen und Berufszulassung. Gleichgestellt sind frühere staatlich anerkannte Pflegeausbildungen (z. B. Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege). Akademische Abschlüsse sind möglich, jedoch für die Ausübung der Rolle BAPID Typ III nicht zwingend erforderlich.

Verortung im Kompetenzrahmen	Pflegefachperson mit eigenverantwortlicher Durchführung, Steuerung und Evaluation des gesamten Pflegeprozesses gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) als regelgeleitete, situationsangemessene Umsetzung pflegerischer Maßnahmen im ambulanten Setting. Die Pflegefachperson Typ III übernimmt die gesetzlichen Vorbehaltsaufgaben (Pflegebedarfserhebung, Pflegeplanung, Durchführung, Evaluation sowie Beratung, Schulung und Anleitung von Klient*innen und An- und Zugehörigen). Sie trägt die fachliche Verantwortung für die Anleitung, Begleitung und Einarbeitung von Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II) sowie für die Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Auszubildenden. Aufgaben der wissenschaftsbasierten Begründungstiefe, systematischen Reflexion, kontextbezogenen Anpassung und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis sind nicht Bestandteil von BAPID Typ III und werden der Pflegefachperson Typ IV zugeordnet.
-------------------------------------	---

5. Berufliche Rolle

Die Pflegefachperson (BAPID Typ III) ist die zentrale pflegerische Fachkraft in der ambulanten Pflege und trägt die eigenverantwortliche fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess gemäß § 4 Pflegeberufegesetz. Sie erhebt den Pflegebedarf, plant, steuert, führt durch und evaluiert pflegerische Maßnahmen standard-, leitlinien- und situationsorientiert und verantwortet die pflegerische Beratung, Schulung und Anleitung von Klient*innen sowie An- und Zugehörigen im häuslichen Umfeld. Bei Veränderungen des Pflege- und Gesundheitszustands handelt sie umsichtig, setzt fachlich begründete Prioritäten und leitet angemessene pflegerische Maßnahmen ein; in Notfallsituationen leistet sie qualifizierte Erste-Hilfe-Maßnahmen und initiiert erforderliche Schritte im Rahmen ihrer beruflichen Verantwortung. Auch in herausfordernden Versorgungssituationen handelt sie professionell, situationsangemessen und standardorientiert und übernimmt Verantwortung für Qualität und Sicherheit der pflegerischen Versorgung. Sie delegiert Aufgaben an Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II) im Rahmen deren Qualifikation, leitet diese fachlich an und überprüft die sachgerechte Durchführung. Im interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenwirken (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Apotheken, sozialen Diensten) bringt sie pflegerische Expertise aktiv in die Abstimmung der Versorgung ein. Bei Bedarf nutzt sie die Expertise der Pflegefachperson Typ IV für fachliche Begründung, kritische Einordnung, kontextbezogene Anpassung pflegerischen Handelns sowie für die Weiterentwicklung der pflegerischen Praxis im Team bzw. Arbeitsbereich. Darüber hinaus beteiligt sie sich an Qualitätssicherung und an der Weiterentwicklung pflegerischer Standards und übernimmt eine zentrale Rolle in Anleitung, Begleitung und Einarbeitung von Auszubildenden, neuen Mitarbeitenden und Pflegefachassistenzpersonen. Ihr Handeln ist geprägt von einem professionellen beruflichen Selbstverständnis, ethischer Verantwortung, reflektierter Entscheidungsfindung sowie einer personenzentrierten und verantwortungsbewussten Haltung gegenüber Klient*innen, An- und Zugehörigen und dem Team.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen des Pflegeberufgesetzes (PflBG) sowie an den einschlägigen sozialrechtlichen Regelungen des SGB V und XI, berufsrechtlichen Vorgaben und datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die pflegerischen Tätigkeiten erfolgen selbstständig und eigenverantwortlich im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach geltenden Standards gemäß § 4 PflBG. Die Pflegefachperson BAPID Typ III gestaltet den Pflegeprozess als fachgerechte Durchführung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen eigenverantwortlich von der Erhebung über die Planung und Durchführung bis zur Evaluation und trägt damit die fachliche Verantwortung für die pflegerische Versorgung im ambulanten Setting. Sie wirkt an der Umsetzung organisationsbezogener Regelungen mit und sichert die Qualität der pflegerischen Versorgung durch standardorientiertes Handeln. Die pflegerische Versorgung erfolgt im Rahmen der mit den Klient*innen vereinbarten Leistungen nach SGB V, SGB XI oder privatrechtlicher Vereinbarung, ohne dass hierdurch die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachperson eingeschränkt wird. Sofern einschlägig erfolgen heilkundliche Tätigkeiten ausschließlich im Rahmen gesetzlich geregelter Heilkundeübertragung (vgl. § 4a PflBG i. V. m. den Regelungen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes) und nach organisationsbezogener Regelung bzw. Qualifikationsnachweis. Bei Bedarf an vertiefter fachlicher Begründung, kritischer Bewertung oder kontextbezogener Anpassung pflegerischer Praxis erfolgt eine fachliche Anbindung an Pflegefachpersonen des BAPID Typ IV sowie an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die Pflegefachperson übernimmt im Rahmen ihrer Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufgesetz (PflBG) sowie – sofern einschlägig – nach § 4a PflBG (Heilkundeübertragung) Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung, pflegerische Planung, Anpassung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen im häuslichen Umfeld standard-, leitlinien- und situationsorientiert. Sie erhebt und stellt den individuellen Pflegebedarf fest, trifft eigenverantwortlich Entscheidungen zur Pflegeplanung auf pflegerischer Ebene im Rahmen geltender Standards und passt pflegerische Maßnahmen kontinuierlich und fachgerecht an individuelle Bedürfnisse und häusliche Rahmenbedingungen an. Die Pflegefachperson delegiert Aufgaben an Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II) im Rahmen der rechtlichen Vorgaben; Vorbehaltsaufgaben sind nicht delegierbar und sie trägt die rechtliche und haftungsrechtliche Verantwortung für ihr eigenes Handeln sowie für Delegationsentscheidungen. Sie berät, schult und leitet Klient*innen sowie An- und Zugehörige im Rahmen des Pflegeprozesses und handelt situativ angemessen bei Veränderungen des Pflege- und Gesundheitszustands sowie in Akut- und Notfallsituationen. Zudem beteiligt sie sich an der internen Qualitätssicherung, wirkt an der Umsetzung geltender pflegerischer Standards mit und übernimmt eine zentrale Rolle in der pflegerischen Koordination innerhalb des interprofessionellen Zusammenwirkens (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Apotheken und sozialen Diensten). Die Pflegefachperson dokumentiert vollständig, standardorientiert und zeitnah und übergibt relevante Informationen strukturiert zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität. Wenn Standards oder Leitlinien im konkreten Versorgungskontext begründungsbedürftig, widersprüchlich oder anpassungsbedürftig

sind, erfolgt die fachliche Rückkopplung an die Pflegefachperson Typ IV (wissenschaftsbasiertes Einordnen, kritische Bewertung, kontextbezogene Anpassung bzw. Weiterentwicklung).

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Prinzipien auf Grundlage eines humanistischen Menschenbildes sowie der Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG) – Explizite Orientierung an allgemein anerkannten berufsethischen Leitlinien (z. B. ICN-Ethikkodex, nationale berufsethische Standards) – Eigenverantwortung, Verlässlichkeit und ausgeprägte Selbstreflexionsfähigkeit – Professionelle Nähe-Distanz-Gestaltung – Empathisches, klient*innenorientiertes und ressourcenschonendes Handeln – Aktive Stärkung der Autonomie, Selbstbestimmung und Partizipation der Klient*innen – Wissen und Verständnis für das Erleben von Krankheit, Krise, Verlust, Vulnerabilität, Abhängigkeit, Traumatisierung und Todesnähe – Professioneller Umgang mit herausforderndem Verhalten von Klient*innen im Kontext von Krankheit, Einschränkung oder psychosozialer Belastung – Sensibilität für Diversität sowie Gender-, Kultur- und Inklusionsaspekte im pflegerischen Handeln – Achtsamer Umgang mit eigenen Belastungsgrenzen, Selbstfürsorge und Resilienz als Bestandteil professioneller Haltung – Einhaltung rechtlicher und dienstinterner Vorgaben (u. a. Schweigepflicht, Datenschutz, Klient*innenrechte) – Trifft ethische Entscheidungen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben eigenverantwortlich; bei begründungs- oder reflexionsintensiven ethischen Fragestellungen erfolgt die Abstimmung mit Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) oder entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen, Vorgesetzten sowie im multiprofessionellen Team
Pflegerische Versorgungspraxis	– Sach- und fachgerechte Durchführung basis- und behandlungspflegerischer Maßnahmen nach geltenden Standards und rechtlichen Vorgaben – Eigenständige Erhebung des Pflegebedarfs, Anwendung pflegerischer Assessments sowie Planung, Durchführung, Anpassung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß § 4 Pflegeberufgesetz (PflBG)

-
- Wahrnehmung, Einschätzung und Berücksichtigung der Bedürfnisse, Ressourcen und Wünsche der Klient*innen, auch bei eingeschränkter oder fehlender verbaler Kommunikationsfähigkeit
 - Förderung der Selbstständigkeit, Selbstpflegefähigkeit und Alltagskompetenz der Klient*innen unter Einbezug individueller Lebenslagen im häuslichen Umfeld im Alltag
 - Individuelle Pflege auf Basis geltender pflegerischer Standards und leitlinienorientierten Fachwissens
 - Sach- und fachgerechte Durchführung pflegerischer Maßnahmen nach Expertenstandards (z. B. Hygiene-, Schmerz-, Wund- und Kontinenzmanagement)
 - Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß § 4 PflBG als fachgerechte Umsetzung nach Standards/Leitlinien und organisationsbezogenen Vorgaben
 - Fachliche Verantwortung für Information, Begleitung und pflegerische Beobachtung von Klient*innen bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen im ambulanten Setting
 - Selbstständiges Handeln in Notfallsituationen (inkl. Ersteinschätzung und Einleitung von Sofortmaßnahmen)
 - Beobachtung, Einschätzung und fachliche Bewertung des Gesundheitszustands von Klient*innen
 - Begleitung von Klient*innen sowie An- und Zugehörigen in palliativen Situationen und am Lebensende
 - Beratung, Anleitung und Edukation von Klient*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen des Pflegeprozesses
 - Mitwirkung an Gesundheitsförderung sowie sekundärer und tertiärer Prävention
 - Interprofessionelle Zusammenarbeit und pflegerische Koordination im Versorgungsprozess
 - Sichere Nutzung digitaler Dokumentationssysteme sowie Mitwirkung an digitalen und telemedizinischen Anwendungen im pflegerischen Verantwortungsbereich
 - Mitwirkung an Qualitätssicherung und -entwicklung (z. B. Pflegevisiten, interne Standards, Audits)
 - Reflektierter Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen (z. B. Autonomie, Schutzbedürftigkeit, Therapiebegrenzung)
 - Integration ärztlicher Verordnungen nach § 37 SGB V (häusliche Krankenpflege) in den eigenverantwortlich geplanten, gesteuerten und evaluierten Pflegeprozess
 - Bei Bedarf an vertiefter fachlicher Begründung oder kontextbezogener Anpassung pflegerischer Maßnahmen erfolgt die Rückkopplung an Pflegefachpersonen des BAPID Typ IV
-

Kommunikation & Kooperation	– Validierende, wertschätzende und proaktive Kommunikation mit Klient*innen, auch in kommunikativen Belastungs- oder Ablehnungssituationen (z. B. Misstrauen, Angst, Aggression) – Gestaltung situationsangemessener Kommunikation auch bei kognitiven, sprachlichen oder sensorischen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz, Delir, Hörbeeinträchtigung) – Aktive Teilnahme an Dienstbesprechungen, Übergaben und Fallbesprechungen – Situationsangemessene Kommunikation mit Klient*innen, An- und Zugehörigen sowie Ärzt*innen – Wahrnehmung und Berücksichtigung von Bedürfnissen und Wünschen, auch wenn diese nicht verbal kommuniziert werden können – Konstruktive Rückmeldungen geben und annehmen (Feedback-Kultur) – Beratung, Anleitung und Edukation von Klient*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen des Pflegeprozesses – Enge Zusammenarbeit und abgestimmtes Handeln im pflegerischen und interprofessionellen Zusammenwirken, einschließlich Pflegefachassistentenpersonen sowie entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen – Aktive Unterstützung der Informationskontinuität im Versorgungsprozess an Schnittstellen (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis, weitere Versorgungsangebote) – Sichere Nutzung digitaler Kommunikations- und Dokumentationssysteme unter Beachtung von Datenschutz und IT-Sicherheitsvorgaben – Konstruktiver Umgang mit Konflikten im Team sowie mit Klient*innen und An- und Zugehörigen – Klare und strukturierte Kommunikation in Krisen- und Notfallsituationen – Sensibler und professioneller Umgang mit sprachlichen, kulturellen und religiösen Unterschieden – Bei Bedarf an fachlicher Begründung, kritischer Einordnung oder kontextbezogener Abstimmung erfolgt die Rückkopplung an Pflegefachpersonen des BAPID Typ IV
Gesundheitsförderung & Prävention	– Systematische Bedarfserhebung und Umsetzung präventiver Maßnahmen unter Nutzung standardisierter pflegerischer Assessments (z. B. Sturzrisiko, Ernährungsstatus, Dekubitusrisiko) und Einbindung in die Pflegeplanung – Umsetzung primärer, sekundärer und tertiärer Präventionsmaßnahmen im pflegerischen Alltag nach geltenden Standards

-
- Förderung von Selbstständigkeit, Teilhabe und Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
 - Vermittlung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) zur Unterstützung informierter Entscheidungen und eines selbstständigen Krankheits- und Therapiemanagements
 - Beratung, Anleitung und Schulung von Klient*innen zu Symptomen, Krankheitsverläufen, Nebenwirkungen von Therapien sowie zur Selbstversorgung (z. B. Wundversorgung, Umgang mit Medikation) im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach Pflegeberufegesetz (PflBG)
 - Einbeziehung, Beratung und Edukation von An- und Zugehörigen im Sinne familienorientierter Pflege
 - Partizipative Planung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen unter Einbezug der Klient*innen (Shared Decision-Making)
 - Berücksichtigung des häuslichen Settings bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen
 - Beachtung der gesetzlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere Pflegeberufegesetz) im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit
 - Reflexion und Förderung der eigenen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Sinne professioneller Selbstfürsorge
-

Organisation & Planung

- Planung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen nach geltenden pflegerischen Leitlinien, Standards und rechtlichen Vorgaben
 - Anwendung des Pflegeprozesses unter Berücksichtigung individueller Bedarfe unter Einbezug der Perspektiven von Klient*innen und An- und Zugehörigen sowie unter Berücksichtigung einer ICF-orientierten Bedarfsfeststellung
 - Priorisierung und Steuerung pflegerischer Aufgaben auf Grundlage pflegfachlicher Einschätzung, kritischen Denkens und professioneller Entscheidungsfindung
 - Überblick über Arbeitsabläufe und strukturiertes Zeitmanagement mit besonderem Fokus auf die Sicherheit von Klient*innen sowie die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen
 - Flexibles Reagieren auf Änderungen im Tagesgeschehen unter Berücksichtigung von Krisenmanagement, Resilienz und interprofessioneller Abstimmung
 - Mitwirkung an der Organisation des Personaleinsatzes im eigenen Zuständigkeitsbereich durch Einschätzung des Pflegeaufwandes und strukturierte Weitergabe relevanter Informationen an PDL/Teamleitung
 - Eigenständige Organisation und kurzfristige Anpassung der Tourenabläufe (z. B. bei Notfällen, Ausfällen)
-

	– Routenoptimierung und Zeitmanagement unter Berücksichtigung individueller Klient*innenbedarfe – Mitwirkung an qualitäts- und risikoorientierten Organisationsprozessen (z. B. Fehlerprävention, Nutzung von CIRS, Umsetzung interner Qualitätsstandards) – Nutzung digitaler Systeme zur Unterstützung von Organisation und Planung (z. B. elektronische Pflegedokumentation, digitale Planungs- und Kommunikationssysteme) – Abgestimmte Organisation pflegerischer Maßnahmen im interprofessionellen Zusammenwirken (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Apotheken und sozialen Diensten)
Leadership	– Delegation von Aufgaben an Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II) gemäß Qualifikationsniveau und unter fachlicher Anleitung unter Wahrung der rechtlichen Verantwortung, Aufsichtspflicht und Haftung; eine Substitution von Vorbehaltsaufgaben ist ausgeschlossen – Unterstützung neuer Kolleg*innen und Mitverantwortung für Arbeitsabläufe im Rahmen einer strukturierten und standardisierten Einarbeitung – Beteiligung an Teamentwicklung und Qualitätssicherung durch aktive Mitwirkung an Reflexions-, Lern- und Feedbackprozessen (z. B. kollegiale Beratung, Feedbackkultur) – Situative Übernahme von Leitungsverantwortung im eigenen Bereich als zeitlich begrenzte Funktion im pflegerischen Arbeitskontext, ggf. unter fachlicher Rückkopplung mit erfahrenen Pflegefachpersonen oder entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) bei begründungs- oder abstimmungsintensiven pflegerischen Fragestellungen
Qualität & Sicherheit	– Umsetzung dienstinterner Standards und qualitätssichernder Maßnahmen einschließlich aktiver Mitwirkung an deren Weiterentwicklung nach geltenden Leitlinien und DNQP-Expertenstandards – Fachlich korrekte Dokumentation vollständig, zeitnah, digital und DSGVO-konform unter Beachtung haftungsrechtlicher Vorgaben – Beobachtung und Weitergabe relevanter Pflegeinformationen strukturiert sowie unverzügliche Meldung relevanter Zustandsveränderungen – Nutzung und Pflege von Hilfsmitteln, Materialien und Dokumentationssystemen unter Verantwortung für sachgerechte Anwendung und Sicherheitskontrolle – Mitwirkung an Risikoerfassung und -vermeidung (z. B. Sturzprophylaxe) durch eigenverantwortliche Risikoerfassung, Maßnahmenableitung und Evaluation im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben

	– Hygienisches Arbeiten entsprechend aktueller Richtlinien unter Mitverantwortung für Infektionsprävention, Arbeits- und die Sicherheit von Klient*innen – Direkte mobile Dokumentation beim Klient*innenkontakt sowie strukturierte und zeitnahe Rückmeldeschleifen zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität – Mitwirkung an der Analyse und Evaluation pflegerischer Qualität inkl. Beteiligung an Pflegevisiten, internen Audits und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in interprofessioneller Zusammenarbeit – Aktive Beteiligung an Fehler- und Sicherheitskultur (z. B. CIRS) sowie situationsgerechtes Handeln in Notfall- und Krisensituationen – Regelmäßige Teilnahme an verpflichtenden Fortbildungen zu Qualität, Sicherheit und Notfallmanagement – Kommunikation eigener Belastungsgrenzen im Team und gegenüber Führungspersonen
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Einführung, Anleitung und Einarbeitung neuer Mitarbeitenden, Pflegefachassistent*innen, Auszubildenden nach einrichtungsspezifischen Konzepten und mit Dokumentation – Fortlaufende Aneignung von Fachkenntnissen durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen sowie Orientierung an aktuellen Leitlinien, Expertenstandards und internen Vorgaben – Eigeninitiative zur Weiterbildung und fachlichen Reflexion (z. B. Fachliteratur, interne Impulse, reflexives Lernen anhand von Fallbeispielen) – Mitwirkung an Anleitung und Lernbegleitung im Pflegealltag in klarer Abgrenzung zur gesetzlich geregelten Praxisanleitung (keine alleinverantwortliche Praxisanleitung) – Mitwirkung an kollegialer Beratung, Supervision, Coaching und Fallbesprechungen – Unterstützung der Praxisanleitung im Ausbildungsprozess ohne Übernahme der formalen Verantwortung – Vermittlung professioneller Haltung (z. B. Ethik, Nähe-Distanz, Verantwortungsbewusstsein) im Rahmen der Anleitung und Zusammenarbeit – Aktive Mitwirkung an einer konstruktiven Feedback- und Lernkultur im Team – Nutzung digitaler Lernformate (z. B. E-Learning, digitale Schulungssysteme) – Offenheit für berufliche Weiterentwicklung (z. B. Fachweiterbildungen, Studium) im Rahmen individueller Entwicklungswege
Technologie & E-Health	– Nutzung von digitalen Dokumentationssystemen unter Beachtung von Datenschutz, Datensicherheit und Schweigepflicht

	– Unterstützung bei digitalen Versorgungsprozessen (z. B. telepflegerische Anwendungen, digitale Verlaufsdocumentation) – Umgang mit technischen Hilfsmitteln (z. B. Hebehilfen, Infusionspumpen) im pflegerischen Verantwortungsbereich – Anwendung und Nutzung medizinisch-technischer Geräte ausschließlich nach fachgerechter Einweisung gemäß MPG/MDR – Umsetzung einfacher technikgestützter Maßnahmen (z. B. Vitaldaten digital erfassen) einschließlich digitaler Erfassung, Überwachung und pflegfachlicher Einordnung von Vital- und Verlaufsdaten im Rahmen der pflegerischen Aufgaben – Zeitgerechte und strukturierte Weitergabe auffälliger Werte und Beobachtungen an die zuständigen Behandlungsverantwortlichen – Dokumentation von Pflegeleistungen direkt beim Klient*innenkontakt über mobile Endgeräte – Beratung und Anleitung von Klient*innen sowie An- und Zugehörigen zur Nutzung digitaler Anwendungen (z. B. Apps, digitale Dokumentations- oder Kommunikationslösungen) – Unterstützung der Klient*innen beim Einordnen digitaler und ggf. KI-gestützter Gesundheitsinformationen (ohne medizinische Bewertung)
Selbstmanagement & Empowerment	– Anleitung zur Selbstpflege und Gesundheitsförderung sowie Motivation und Befähigung zur selbstständigen Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen – Stärkung der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit von Klient*innen sowie Förderung des Selbstwertgefühls durch ressourcenorientiertes Handeln – Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, beim Aufbau eines Krankheitsverständnisses sowie beim Erwerb von Selbstmanagementkompetenzen im Rahmen des Pflegeprozesses – Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten im häuslichen Umfeld – Unterstützung bei der Integration von Therapieanforderungen und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Alltag der Klient*innen – Reflexion eigener Belastungsgrenzen sowie Förderung von Selbstfürsorge und gesundheitsförderndem Handeln der Pflegefachperson

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Planung, Organisation, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses bei zugeordneten Klient*innen

- Erhebung und Feststellung sowie fortlaufende Einschätzung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs unter Anwendung pflegerischer Assessments
- Durchführung basis- und behandlungspflegerischer Maßnahmen nach geltenden pflegfachlichen Standards, Leitlinien und Richtlinien
- Fallverantwortung im Sinne einer personenzentrierten Versorgung/Bezugspflege
- Fachgerechte Pflegedokumentation und Informationsweitergabe
- Selbstständiges Handeln in Notfallsituationen (inkl. Ersteinschätzung, Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes)
- Anpassung und Steuerung pflegerischer Maßnahmen eigenverantwortlich unter Berücksichtigung individueller Ressourcen sowie der räumlichen, technischen und sozialen Gegebenheiten des häuslichen Umfelds
- Integration ärztlicher Verordnungen nach § 37 SGB V (häusliche Krankenpflege) in den eigenverantwortlich geplanten, gesteuerten und evaluierten Pflegeprozess

Koordination & Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen
- Enge interprofessionelle Zusammenarbeit und Abstimmung im ambulanten Versorgungsalltag
- Koordination, Anleitung und fachliche Begleitung nachgeordneter Mitarbeitender (z. B. Pflegefachassistenten BAPID Typ II, Auszubildende)
- Teilnahme an Dienst- und Fallbesprechungen
- Abstimmung mit An- und Zugehörigen sowie aktive Einbindung pflegerelevanter Beobachtungen, Einschätzungen und Perspektiven in die Versorgungsabstimmung
- Einbindung entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen (z. B. BAPID Typ IV) bei Bedarf an wissenschaftsbasierter Einordnung, kritischer Bewertung, kontextbezogener Anpassung oder Weiterentwicklung pflegerischer Praxis

Qualität & Organisation

- Sicherstellung der Einhaltung von Qualitäts-, Hygiene- und Sicherheitsstandards sowie der Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Wirtschaftlicher und fachgerechter Einsatz von Hilfsmitteln und Betriebsmitteln unter Beachtung der Medizinproduktevorgaben (MPG/MDR)
- Mitwirkung an Risikoerfassung und -vermeidung (z. B. Sturzprophylaxe) durch eigenverantwortliche Risikoerfassung, Maßnahmenableitung und Evaluation im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben
- Beachtung von Datenschutzrichtlinien sowie strukturierte, vollständige und zeitnahe mobile Dokumentation
- Aktive Mitwirkung an der Umsetzung, Rückmeldung und kontinuierlichen Verbesserung qualitätssichernder Maßnahmen im eigenen Verantwortungsbereich

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Zuwendungsvolle, respektvolle Beziehungsgestaltung mit Klient*innen
- Förderung der Selbstständigkeit und Entscheidungsfähigkeit im Pflegeprozess
- Beratung zur Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung individueller Lebensstile

- Förderung der Gesundheitskompetenz der Klient*innen und Einbindung von An- und Zugehörigen in gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Eigenverantwortliche Beratung, Information und Einbindung von Klient*innen sowie An- und Zugehörigen zu pflegerelevanten Themen im ambulanten Setting
- Unterstützung beim pflegerischen Symptommanagement (z. B. Schmerz, Atemnot, Angst) im Rahmen der pflegfachlichen Zuständigkeit
- Förderung der Autonomie, Entscheidungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit als eigenverantwortliche pflegfachliche Aufgabe innerhalb der Fallverantwortung
- Wahrung professioneller Nähe-Distanz-Gestaltung und respektvoller Umgang mit der Privatsphäre der Klient*innen
- Professionelle Gestaltung von Pflegebeziehungen – auch in herausfordernden Situationen

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Abgeschlossene Ausbildung als Pflegefachperson gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG) mit staatlicher Berufszulassung
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegfachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung notwendig.

11. Persönliche Eigenschaften:

- Zuverlässigkeit, Verantwortungsbewusstsein und Eigeninitiative
- Hohe Empathie und Sensibilität im Umgang mit Klient*innen im häuslichen Umfeld
- Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten nach geltenden Standards sowie zur reflektierten Entscheidungsfindung im pflegerischen Verantwortungsbereich
- Teamfähigkeit, Kollegialität und professionelles Auftreten im interprofessionellen Zusammenwirken
- Kommunikationsfähigkeit in Wort und Schrift sowie sichere adressat*innengerechte Abstimmung
- Belastbarkeit und Flexibilität im pflegerischen Arbeitsalltag
- Selbstorganisation und strukturiertes Arbeiten unter wechselnden Anforderungen
- Bereitschaft zur kontinuierlichen fachlichen Weiterentwicklung
- Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Konfliktfähigkeit und professionelles Urteilsvermögen
- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Gestaltung einer professionellen Nähe-Distanz-Balance
- Orientierung an ethischen Werten, einem humanistischen Menschenbild, Artikel 1 GG sowie am ICN-Ethikkodex
- Bewusstsein dafür, dass persönliche Eigenschaften entwickelbar sind, sowie Bereitschaft zur Reflexion eigener Stärken und Entwicklungsbedarfe im kollegialen Austausch

- Professioneller Umgang mit Belastungssituationen sowie Bereitschaft zur Nutzung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. Touren- und Schichtdienst, häufig mit kurzfristigen Plananpassungen bei Notfällen oder Ausfällen]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig verpflichtend vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die Pflegefachperson arbeitet eng mit Ärzt*innen, Therapeut*innen und anderen beteiligten Berufsgruppen zusammen, bringt pflegefachliche Beobachtungen und Einschätzungen in interprofessionelle Abstimmungsprozesse ein und trägt durch standardorientiertes Handeln zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität im häuslichen Umfeld bei. Sie koordiniert Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses und vermittelt situationsbezogen zwischen beteiligten Berufsgruppen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Abstimmung mit internen und externen Kooperationspartner*innen (z. B. Sozialdienste, Sanitätshäuser, Apotheken) im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit, ohne Übernahme einer übergeordneten Fall- oder Gesamtkoordination. Regelmäßige Abstimmungen mit An- und Zugehörigen erfolgen pflegeprozessbezogen und nach geltenden Standards zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Konstruktive Kommunikation sowie eine verlässliche Zusammenarbeit mit internen und externen Partner*innen bilden die Grundlage der Netzwerkarbeit.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet individuelle Entwicklungsperspektiven, die sich an den persönlichen Kompetenzen, Interessen, der Berufserfahrung sowie dem jeweiligen Einsatzkontext im ambulanten Setting orientieren. Eine Weiterentwicklung kann sich z. B. durch die Übernahme erweiterter Aufgaben- und Verantwortungsanteile (z. B. koordinierende Aufgaben, Anleitung, Mitarbeit in Arbeitsgruppen oder Qualitätsprozessen) ergeben. Eine Entwicklung in Richtung

weiterführender Rollenprofile (z. B. Pflegefachperson Typ IV) ist möglich, aber nicht verpflichtend. Die Pflegefachperson Typ III stellt ein eigenständiges, vollwertiges Rollenprofil dar und ist keine Durchgangs- oder Übergangsstufe. Entwicklungswege werden personenspezifisch vereinbart und im Rahmen der Personalentwicklung unterstützt.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einarbeitung erfolgt nach einem standardisierten und strukturierten dienstinternen Plan, der die Besonderheiten des ambulanten Arbeitens berücksichtigt, ohne dass organisatorische Aspekte (z. B. Tourenorganisation) den pflegefachlichen Kern überlagern. Die fachliche Anleitung und Begleitung erfolgt durch erfahrene Kolleg*innen und dient als Orientierungsrahmen für die sichere Ausgestaltung des Pflegeprozesses im häuslichen Umfeld. Regelmäßige Reflexions- und Feedbackgespräche, Fallbesprechungen und kollegiale Beratungen unterstützen die kontinuierliche fachliche und persönliche Entwicklung der Pflegefachperson und sind Bestandteil der Personalentwicklung. Supervision und Mentoring können als kontinuierliche, unterstützende Begleitformate genutzt werden; ihre Ausgestaltung erfolgt einrichtungs- und kontextabhängig. Die Anleitung von Auszubildenden sowie die kollegiale Beratung im Pflgeteam sind fester Bestandteil des Stellenprofils. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der standardorientierten und sicheren Gestaltung des Pflegeprozesses sowie auf der Abstimmung mit interprofessionellen Kooperationspartner*innen im ambulanten Versorgungskontext.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der Pflegefachperson (BAPID Typ III) ist eine isolierte Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle nicht vorgesehen. Die Tätigkeit der Pflegefachperson ist stets in team-, prozess- und interprofessionelle Versorgungsstrukturen eingebettet; eine personenbezogene Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die Stelle ist in ein professionelles Arbeitsumfeld eingebettet. Die Organisation bietet fachliche Unterstützung, strukturierte Einarbeitung, Supervision, geregelte Dienstübergaben, digitale Dokumentationssysteme sowie transparente Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Die enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit interprofessionellen Kooperationspartner*innen im ambulanten Versorgungskontext sind integraler Bestandteil der Arbeit. Teamgespräche, Feedbackformate und Beteiligungsmöglichkeiten fördern fachlichen Austausch, Mitgestaltung und Identifikation mit der Einrichtung. Bei Bedarf erfolgt die fachliche Abstimmung mit entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. BAPID Typ IV).

1. Kompetenzprofil

Akademisierte Pflegefachperson – Ambulante Pflege – BAPID Typ IV

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung einer wissenschaftsbasierten, standardorientierten und personenzentrierten Pflege im ambulanten Setting. Die akademisierte Pflegefachperson Typ IV übernimmt – wie die Pflegefachperson BAPID Typ III – die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG) und ist in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden. Darüber hinaus übernimmt sie auf Grundlage eines primärqualifizierenden pflegewissenschaftlichen Studiums eine erweiterte fachliche Verantwortung für die wissenschaftliche Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischen Handelns im Pflegeprozess. Sie ordnet pflegerische Maßnahmen evidenzbasiert ein, reflektiert deren Anwendung im ambulanten Versorgungskontext und unterstützt die qualitätsgesicherte, begründete Anpassung pflegerischer Praxis. Die akademisierte Pflegefachperson unterstützt Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) durch klinische Entscheidungsunterstützung, fachliche Beratung und Mentoring sowie durch die systematische Einbindung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in den Pflegeprozess. Die Übernahme erweiterter fachlicher Verantwortung erfolgt entwicklungs-, kompetenz- und funktionsabhängig und setzt in der Regel eine strukturierte Einarbeitung sowie den schrittweisen Aufbau ambulanter Handlungssicherheit voraus. Berufsanfänger*innen mit akademischem Abschluss können in der Rolle eingesetzt werden; die Ausgestaltung der erweiterten Verantwortung erfolgt abgestuft und begleitet. Aufgaben mit bereichsübergreifender, hochspezialisierter oder wissenschaftlich-expertischer Gesamtverantwortung sind nicht Bestandteil dieser Rolle und werden dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) erfolgt in Einrichtungen der ambulanten Pflege unabhängig vom Versorgungs- oder Komplexitätsgrad, insbesondere dort, wo eine wissenschaftlich fundierte Einordnung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung vorgesehen ist. Umfang, Einsatzfelder und Aufgabenprofile richten sich nach der institutionellen Versorgungsstruktur, den Klient*innen, der vorhandenen Qualifikationsstruktur sowie den strategischen Zielsetzungen der Einrichtung.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ IV (AX/P4/S0)
Qualifikationsniveau	Pflegefachperson mit akademischem Abschluss (Bachelor oder gleichwertiger primärqualifizierender Studienabschluss in Pflege/Pflegewissenschaft)
Verortung im Kompetenzrahmen	Akademisch qualifizierte Pflegefachperson mit erweiterter fachlicher Verantwortung für die wissenschaftsbasierte Begründung, Reflexion und Evaluation pflegerischen Handelns im Pflegeprozess der direkten Versorgung im ambulanten Setting. Die Übernahme erweiterter fachlicher Verantwortungsanteile erfolgt nicht automatisch mit dem Studienabschluss, sondern kompetenz-, kontext- und entwicklungsabhängig und ggf. in fachlicher Abstimmung mit erfahrenen Pflegefachpersonen des BAPID Typ V oder anderen entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen.

5. Berufliche Rolle

Die akademisierte Pflegefachperson (BAPID Typ IV) übernimmt – wie die Pflegefachperson BAPID Typ III – die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses und erweitert diese Rolle um eine wissenschaftsbasierte Begründungs-, Reflexions- und Weiterentwicklungsperspektive pflegerischer Praxis im ambulanten Setting. Sie wirkt an der evidenzbasierten Planung, Steuerung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen in der direkten Versorgung mit, analysiert pflegerische Entscheidungssituationen systematisch und bringt pflegewissenschaftliche Erkenntnisse praxisnah und standardorientiert in den Versorgungsalltag ein. Die Pflegefachperson Typ IV unterstützt die pflegerische Entscheidungsfindung im Team durch fachliche Beratung, klinische Entscheidungsunterstützung und Mentoring. Die Rolle umfasst die fachliche Beratung von Pflegefachpersonen, die Mitwirkung an pflegerischen Assessments, die Interpretation pflegerelevanter Befunde sowie die pflegerische Mitwirkung an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen im interprofessionellen Kontext. Darüber hinaus berät sie Klient*innen sowie An- und Zugehörige im Rahmen ihrer pflegefachlichen Kompetenz und des jeweiligen Einsatzkontextes. Je nach individueller Kompetenz, Berufserfahrung und Funktion beteiligt sich die Pflegefachperson Typ IV an Qualitäts-, Konzept- oder Implementierungsprozessen auf Ebene der ambulanten Versorgung. Die Übernahme solcher Aufgaben erfolgt nicht automatisch mit dem Studienabschluss, sondern stufenweise, in der Regel unter strukturierter Einarbeitung, fachlicher Begleitung oder Mentoring (z. B. im Rahmen von Trainee- oder Entwicklungsprogrammen).

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich am Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie an evidenzbasierten pflegefachlichen Standards und Leitlinien. Die akademisierte Pflegefachperson wirkt in der direkten pflegerischen Versorgung im ambulanten Setting an einer evidenzbasierten Versorgung

von Klient*innen mit. Der Schwerpunkt liegt auf der klinisch-pflegerischen Anwendung, der wissenschaftlichen Begründung und kritischen Bewertung pflegerischen Handelns, der fachlichen Entscheidungsunterstützung im Team sowie der Identifikation und Rückmeldung von Versorgungsentwicklungsbedarfen im ambulanten Kontext. Die Übernahme erweiterter pflegerischer Entscheidungs- oder Handlungsspielräume kann im Rahmen gesetzlich eröffneter Befugniserweiterungen sowie organisationsbezogener Regelungen kompetenz-, qualifikations- und kontextabhängig erfolgen. Die eigenständige konzeptionelle Implementierung pflegewissenschaftlicher Konzepte ist nicht Regelaufgabe von BAPID Typ IV und wird dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die akademisierte Pflegefachperson übernimmt praxis- und klient*innennah Verantwortung für die fachliche Mitsteuerung, Reflexion und Evaluation pflegerischen Handelns im ambulanten Versorgungsalltag. Sie trifft pflegerische Entscheidungen auf Basis evidenzbasierter Erkenntnisse, ordnet diese wissenschaftlich begründet ein, führt pflegerische Assessments durch und bringt pflegerelevante Befunde strukturiert in interprofessionelle Entscheidungsprozesse ein. Das Handeln in Akut- und Notfallsituationen erfolgt regelgeleitet, kompetenz- und erfahrungsabhängig im Rahmen der geltenden Standards. Eine umfassende, eigenständige fachliche Steuerung pflegerischer Versorgungsprozesse mit bereichsübergreifender oder systemischer Gesamtverantwortung ist nicht Bestandteil dieser Rolle und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Werten eines humanistischen Menschenbildes, der Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG) sowie an wissenschaftlichen Gütekriterien pflegerischen Handelns – Explizite Orientierung an anerkannten berufsethischen Kodizes (z. B. ICN-Ethikkodex, ggf. nationale pflegeethische Leitlinien) – Eigenverantwortliche Übernahme ethisch und fachlich begründeter Entscheidungen im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich, unter reflektierter Abwägung pflegfachlicher, ethischer und organisationaler Aspekte – Sichtbares, reflektiertes und transparent begründetes professionelles Handeln gegenüber Klient*innen, An- und Zugehörigen, Team und Organisation – Mitgestaltung einer professionellen Pflegekultur auf Team- bzw. Versorgungsebene im Rahmen der eigenen Rolle als akademisch qualifizierte Pflegefachperson (ohne Advanced-Practice-Anspruch) – Praxisnaher Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in den ambulanten Versorgungsalltag (Brückenfunktion zwischen Theorie und Praxis); die Ausprägung dieser Transferleistung ist kontext-,

	erfahrungs- und einarbeitungsabhängig und entwickelt sich schrittweise im beruflichen Handeln
Pflegerische Versorgungspraxis	– Durchführung, Steuerung und Evaluation des Pflegeprozesses in der direkten ambulanten Versorgung auf Grundlage geltender Standards, Leitlinien und rechtlicher Vorgaben gemäß Pflegeberufgesetz (PflBG) – Wissenschaftsbasierte Begründung, kritische Reflexion und kontextbezogene Anpassung pflegerischer Maßnahmen im Pflegeprozess im ambulanten Setting – Erhebung, Feststellung und kontinuierliche Bewertung des individuellen Pflege- und Therapiebedarfs unter Anwendung pflegerischer Assessments unter Berücksichtigung häuslicher Ressourcen und Alltagsstrukturen – Durchführung pflegerischer Assessments sowie fachliche Einordnung und Interpretation pflegerelevanter Befunde zur Unterstützung pflegerischer, diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozesse – Durchführung, Anpassung und Dokumentation evidenzbasierter pflegerischer Interventionen unter Berücksichtigung individueller Verläufe und ambulanter Versorgungsbedingungen – Mitwirkung an heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen gesetzlich übertragener Aufgaben gemäß Pflegestudiumstärkungsgesetz (z. B. standardisierte Module wie Wund-, Schmerz-, Diabetes- oder Hypertoniemanagement), ausschließlich nach Qualifikationsnachweis und organisationsspezifischer Regelung – Regelgeleitetes Handeln in Akut- und Notfallsituationen im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit – Praxisnahe Mitwirkung an der Weiterentwicklung pflegerischer Maßnahmen, Standards und Konzepte auf Ebene der ambulanten Versorgung, insbesondere durch Rückmeldung, Evaluation und fachliche Einordnung aus der direkten Versorgung – Unterstützung der evidenzbasierten Pflegepraxis durch fachliche Beratung und Entscheidungsunterstützung im Team, ohne Übernahme konzeptioneller oder systemweiter Implementierungsverantwortung – Angemessenes, reflektiertes pflegerisches Handeln gegenüber herausfordernden Verhaltensweisen von Klient*innen im Rahmen der professionellen Pflegebeziehung
Kommunikation & Kooperation	– Mitwirkung an sowie fallbezogene Moderation pflegfachlicher und multiprofessioneller Fallbesprechungen im ambulanten Versorgungsalltag, ggf. unter Nutzung digitaler Kommunikationsformate, insbesondere durch strukturierte Darstellung pflegerischer Einschätzungen und evidenzbasierte Einordnung

	– Führen personenzentrierter Gespräche unter Anwendung von Shared Decision-Making, einschließlich validierender, empathischer und situationsangepasster Gesprächsführung – Fachliche Beratung und kollegiale Unterstützung von Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) durch wissenschaftsbasierte Einordnung pflegerischer Entscheidungsoptionen, ohne Übernahme einer hierarchischen oder formalen Leitungsfunktion – Mitwirkung an der Sicherstellung der pflegefachlichen Informationskontinuität im ambulanten Versorgungsprozess sowie an Überleitungs- und Abstimmungsprozessen, ohne alleinige oder übergeordnete Steuerung sektorenübergreifender Abläufe – Aktives Herstellen und Fördern von Vertrauen, Zusammenarbeit und Partizipation von Klient*innen im Pflegeprozess sowie Einbindung von An- und Zugehörigen im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit
Gesundheitsförderung & Prävention	– Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses unter wissenschaftsbasierter Begründung und Reflexion – Beratung von Klient*innen und An- und Zugehörigen bei der Krankheitsbewältigung durch evidenzbasierte Einordnung von Bewältigungs-, Unterstützungs- und Selbstmanagementstrategien – Förderung von Alltagskompetenz und Rehabilitationsfähigkeit durch systematische Analyse von Ressourcen, Belastungen und Entwicklungsbedarfen im Rahmen ambulanter pflegerischer Versorgung – Stärkung individueller Bewältigungs- und Anpassungsprozesse auf pflegefachlicher Ebene unter Orientierung an anerkannten gesundheitsfördernden und präventiven Konzepten, ohne therapeutische oder konzeptionelle Gesamtverantwortung – Befähigung von Klient*innen zum Symptom-, Krankheits- und Therapiemanagement im Rahmen pflegerischer Zuständigkeit und Shared Decision-Making – Mitgestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen im häuslichen Umfeld (z. B. Tagesstruktur, Orientierung, Stressreduktion) als Bestandteil klient*innennaher Pflegepraxis – Reflektierter Umgang mit eigener Gesundheit, Belastung und Prävention als Teil professioneller pflegerischer Haltung – Umsetzung heilkundlicher Maßnahmen ausschließlich im gesetzlich übertragenen Rahmen (Pflegeberufegesetz/Pflegestudienstärkungsgesetz), qualifikations-, curricular- und organisationsabhängig, ohne eigenständige Ordnungsverantwortung
Organisation & Planung	– Organisation, Gestaltung und Mitsteuerung pflegerischen Handelns im ambulanten Versorgungsalltag durch wissenschaftsbasierte Analyse, Begründung und Reflexion, ohne Übernahme einer vollständigen Prozess-, Touren- oder Systemsteuerung

	– Koordination von Versorgungsprozessen mit mehreren sich beeinflussenden Pflegeanlässen durch strukturierte Einordnung pflegerischer Prioritäten, Schnittstellen und Entscheidungsbedarfe im Pflegeprozess – Analyse und Evaluation pflegerischer Prozesse vor dem Hintergrund evidenzbasierter Standards, Leitlinien und pflegewissenschaftlicher Konzepte zur Unterstützung einer reflektierten, standardorientierten Pflegepraxis auf Ebene der ambulanten Versorgung
Leadership	– Mitarbeit in Projekten zur Qualitäts- und Konzeptentwicklung sowie praxisnahe Evaluation pflegerischer Maßnahmen auf Ebene der ambulanten Versorgung – Initiierung, Strukturierung und Moderation kollegialer Beratung als Form der professionsbezogenen Reflexion im ambulanten Pflegeteam – Sicherstellung der Einweisung und fachlich-wissenschaftlich begründeten Anleitung neuer Mitarbeitender, Studierender und Praktikant*innen im Rahmen der eigenen Rolle und ohne Übernahme formaler Leitungs-, Supervisions- oder Coachingfunktionen – Präsentation und Vermittlung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse im Team zur Unterstützung reflektierter pflegerischer Entscheidungsprozesse im ambulanten Kontext – Förderung einer Sicherheits- und Pflegekultur durch Vorbildhandeln, fachliche Argumentation und transparente Entscheidungsbegründung im Team – Übernahme einer Rollenmodellfunktion für Kolleg*innen und Studierende im Sinne professioneller Haltung, evidenzbasierter Praxis und reflektierten Handelns
Qualität & Sicherheit	– Analyse, Evaluation und Sicherung der Pflegequalität im ambulanten Versorgungsbereich – Mitwirkung an der Anwendung und Evaluation von Qualitätsindikatoren und Expert*innenstandards im ambulanten Setting (keine eigenständige konzeptionelle oder implementierende Gesamtverantwortung) – Durchführung von Pflegevisiten und Datenerhebungen zur Qualitätsentwicklung in Beteiligung und ggf. Mitgestaltung, nicht exklusiv oder alleinverantwortlich – Mitwirkung an qualitätsbezogenen Projekten und evidenzbasierten Vorhaben auf Team- bzw. Versorgungsebene der ambulanten Pflege – Anwendung, fachliche Einordnung und Evaluation standardisierter Assessments zur Klient*innen- und Versorgungssicherheit (z. B. Sturzrisiko, Medikationssicherheit) im Rahmen bestehender Konzepte

	– Qualitäts- und Sicherheitsarbeit erfolgt qualifikationsübergreifend; die Rolle von BAPID Typ IV ergänzt, ersetzt jedoch nicht die pflegefachliche Qualitätsarbeit anderer Pflegefachpersonen – Eigenständige Entwicklung, Implementierung und organisationsweite Steuerung von Qualitätsindikatoren, Expert*innenstandards oder Forschungsvorhaben sind nicht Bestandteil der Rolle und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Aktive Teilnahme an Fortbildungen sowie an fachlichen und wissenschaftsnahen Fachtagungen – Durchführung von internen Fortbildungen und Schulungen zur evidenzbasierten Pflegepraxis auf Team- bzw. Versorgungsebene der ambulanten Pflege – Aufbereitung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse für den praxisbezogenen Wissenstransfer im Team – Integration von Forschungsergebnissen in die Praxis durch fachliche Einordnung, Reflexion und Ableitung praxisnaher Verbesserungsimpulse – Förderung einer positiven, lernförderlichen Team- und Arbeitskultur (z. B. Feedback, Reflexion, Wissensaustausch) – Beteiligung an Studien und Forschungsprojekten (z. B. Datenerhebung, praxisnahe Evaluation, Implementierungsbegleitung) unter fachlicher Anleitung – Eigenständige Initiierung, Leitung oder forschungsethische Verantwortung von Studien ist nicht Bestandteil der Rolle und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet – Klare Trennung von Lern- und Entwicklungsaufgaben (Typ IV) und forschungsbezogener Gesamtverantwortung (Typ V)
Technologie & E-Health	– Unterstützende Mitwirkung bei der Implementierung digitaler Dokumentations- und Assistenzsysteme aus Anwender*innenperspektive (z. B. Rückmeldung zur Praxistauglichkeit), keine eigenständige Implementierungsverantwortung – Nutzung digitaler Tools für regelgeleitete klinische Entscheidungsunterstützung im pflegerischen Verantwortungsbereich – Unterstützung und Befähigung des Teams bei der Anwendung neuer Technologien im ambulanten Versorgungsalltag – Anwendung digital erhobener pflegerelevanter Daten im Rahmen pflegerischer Entscheidungen – Fachliche Einordnung und Reflexion digital erhobener Daten in Zusammenarbeit mit zuständigen Stellen (z. B. QM, Pflegewissenschaft, ärztlicher Dienst); keine alleinige Interpretation

	– Unterstützung und Anleitung von Klient*innen und An- und Zugehörigen im Umgang mit digitalen und technologischen Tools (z. B. Apps, Portale) ohne technische oder medizinische Beratung – Unterstützende Mitwirkung an der praxisnahen Evaluation digitaler Systeme, keine eigenverantwortliche Evaluation oder Steuerung
Selbstmanagement & Empowerment	– Beratung und Unterstützung von Klient*innen zur eigenständigen Krankheitsbewältigung – Förderung der Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit im Rahmen des Pflegeprozesses – Mitwirkung an Advance Care Planning und palliativpflegerischer Entscheidungsfindung – Systematische Evaluation und kontinuierliche Verbesserung angewandter Empowerment-Strategien – Förderung häuslicher Selbstpflegekompetenzen und Nutzung vorhandener Ressourcen – Empowerment- und Beratungsleistungen erfolgen ohne eigenständige Verordnungs- oder Leistungsbefugnis nach SGB V

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs unter Berücksichtigung häuslicher Ressourcen, Alltagsstrukturen und sozialer Netzwerke
- Eigenständige Organisation, Gestaltung und fachliche Mitsteuerung pflegerischer Maßnahmen im ambulanten Versorgungsalltag
- Durchführung und Dokumentation evidenzbasierter pflegerischer Interventionen
- Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten ausschließlich im Rahmen gesetzlich übertragener Aufgaben nach den standardisierten Modulen gemäß § 4a PflBG i. V. m. Pflegestudienstärkungsgesetz (z. B. Wund-, Schmerz-, Diabetes- und Hypertonie-management)
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen und Maßnahmen in Krisensituationen im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit und Qualifikation
- Mitarbeit an evidenzbasierten Leitlinien und prophylaktischen Maßnahmen durch fachliche Rückmeldung, Einordnung und praxisnahe Unterstützung bei deren Anwendung in der ambulanten Versorgung
- Fachliche Beratung und Unterstützung des Teams bei pflegerischen Entscheidungssituationen auf Grundlage wissenschaftlicher Einordnung

Koordination & Zusammenarbeit

- Initiierung und fachliche Moderation multiprofessioneller Fallbesprechungen im pflegerischen Verantwortungsbereich, ggf. digital und ohne übergeordnete Steuerungsverantwortung, auch sektorenübergreifend
- Koordination und fachliche Abstimmung der Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen im ambulanten Versorgungsprozess im Rahmen pflegerischer Zuständigkeit

- Mitwirkung an Schnittstellenmanagement durch Analyse, Rückmeldung und praxisnahe Unterstützung der Abstimmung von Versorgungsabläufen ohne alleinige Gesamtkoordination
- Fachliche Beratung und Mentoring von Kolleg*innen im Pflegealltag auf Grundlage evidenzbasierter Standards ohne formale Leitungs- oder Supervisionsfunktion
- Abstimmung mit interprofessionellen Teams und externen Kooperationspartner*innen im ambulanten Setting
- Zeitgerechte, adressat*innengerechte Information der verantwortlichen Pflegefachpersonen sowie relevanter Berufsgruppen zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität
- Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus unter Wahrung der jeweiligen Verantwortlichkeiten
- Selbstständige Organisation des eigenen pflegerischen Arbeitsbereiches und situative Anpassung an aktuelle Versorgungsanforderungen
- Beteiligung an fachlichem Austausch in einrichtungsbezogenen Netzwerken, Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln ohne koordinierende Gesamtverantwortung
- Einbindung von An- und Zugehörigen sowie sozialen Bezugspersonen in pflegefachliche Entscheidungs- und Abstimmungsprozesse im Rahmen des Pflegeprozesses und der pflegerischen Zuständigkeit

Qualität & Organisation

- Analyse, Evaluation und Sicherung der Pflegequalität im eigenen ambulanten pflegerischen Verantwortungsbereich unter Berücksichtigung häuslicher Versorgungsbedingungen
- Durchführung und fachliche Mitwirkung an pflegefachlichen Überprüfungen, Fallreflexionen und Datenerhebungen zur Qualitätsentwicklung im ambulanten Setting
- Mitwirkung an der Anwendung, Rückmeldung und kontextbezogenen Anpassung bestehender Qualitäts- und Konzeptstandards auf Team- bzw. Versorgungsebene der ambulanten Pflege
- Mitarbeit in Qualitäts- und Entwicklungsprojekten mit ambulantem Versorgungsbezug sowie praxisnahe Evaluation pflegerischer Maßnahmen nach evidenzbasierten Standards
- Praxisnahe Mitwirkung an Entwicklungsprojekten zur Verbesserung pflegerischer Abläufe im ambulanten Versorgungsalltag ohne Übernahme konzeptioneller oder organisationsweiter Steuerung
- Mitwirkung an Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit Bezug zur ambulanten Pflege im Sinne fachlicher Mitarbeit, nicht in leitender oder gesamtverantwortlicher Funktion

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Führen personenzentrierter Gespräche mit Klient*innen und An- und Zugehörigen auf Basis von Shared Decision-Making unter Berücksichtigung der häuslichen Lebenssituation
- Beratung und Unterstützung von Klient*innen zur eigenständigen Krankheitsbewältigung sowie zur Erhaltung und Stärkung häuslicher Alltagskompetenz
- Förderung häuslicher Selbstpflegekompetenzen und Alltagsressourcen sowie Nutzung vorhandener Alltags- und Sozialressourcen im Rahmen des Pflegeprozesses
- Mitwirkung an Advance Care Planning sowie an palliativpflegerischer Begleitung im ambulanten Versorgungskontext

- Beratung und Begleitung bei ethisch herausfordernden Entscheidungssituationen im Pflegealltag; weiterführende ethische Fallmoderation erfolgt in Abstimmung mit zuständigen Stellen
- Fachliche Beratung des Pflorgeteams zur reflektierten Anwendung von Empowerment-Strategien in häuslichen Versorgungskontext, ohne Anleitung, Supervision oder formale Verantwortungsübernahme
- Evaluation und situationsangemessene Anpassung angewandter Empowerment-Strategien im Pflegealltag auf Versorgungsebene (ohne konzeptionelle Gesamtverantwortung)

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Abgeschlossener primärqualifizierender Bachelorabschluss in Pflege/Pflegewissenschaft oder ein gleichwertiger akademischer Abschluss mit Berufszulassung nach Pflegeberufesetz (PflBG)
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegfachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Datenschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung erforderlich; das Erfahrungsniveau kann je nach Studienformat (primärqualifizierend, dual, konsekutiv) variieren. Berufliche Erfahrung beeinflusst die Einordnung und Reflexion pflegerischer Situationen im ambulanten Setting, ist jedoch keine formale Voraussetzung für die Rollenübernahme.

11. Persönliche Eigenschaften:

- Wissenschaftsorientiertes und analytisches Denken
- Hohe Eigenverantwortung und ausgeprägte Selbstorganisation im ambulanten Arbeitskontext
- Kommunikations- und Moderationskompetenz
- Fähigkeit zur interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungskontext
- Reflexionsfähigkeit und Innovationsbereitschaft
- Belastbarkeit und Flexibilität in variierenden häuslichen Versorgungssituationen
- Ethische Sensibilität bei Entscheidungsfähigkeit im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich im ambulanten Setting
- Fähigkeit zur Mitwirkung an Einarbeitung, kollegialem Austausch und Mentoring im Rahmen strukturierter Team- und Lernprozesse

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. flexible Arbeitszeiten, Projektbezogene Arbeit, ggf. Teilfreistellung für Konzeptarbeit]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig verpflichtend vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die akademisierte Pflegefachperson arbeitet mitwirkend und unterstützend mit Leitungsgremien, Qualitäts- und Fachzirkeln sowie ambulanten Versorgungsnetzwerken, Hausarztpraxen und regionalen Quartiersinitiativen zusammen. Eine eigenständige Koordination oder Moderation übergeordneter Netzwerke ist nicht regelhaft Bestandteil der Rolle. Kooperationen mit Hochschulen, Forschungsinstitutionen und Verbänden erfolgen auf institutioneller Ebene; die Pflegefachperson Typ IV wirkt hierbei fachlich beratend und diskursiv mit, ohne eine steuernde, koordinierende oder implementierende Gesamtverantwortung zu übernehmen. Darüber hinaus stimmt sie sich eng mit interprofessionellen Partner*innen im ambulanten Versorgungskontext ab und beteiligt sich an der fachlichen Begleitung und Unterstützung von Kooperationen zur standardorientierten und praxisnahen Anwendung evidenzbasierter Konzepte in der ambulanten Pflege in Abstimmung mit entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. BAPID Typ V) oder zuständigen übergeordneten Stellen.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die akademisierte Pflegefachperson kann sich in ihrer Rolle innerhalb der ambulanten Pflege kontinuierlich fachlich und wissenschaftlich weiterentwickeln. Die Stelle eröffnet Entwicklungsperspektiven in praxisnaher Projektarbeit, in der Mitwirkung an Fortbildungs- und Wissensentwicklungsformaten sowie in evidenzbasierten Qualitäts- und Weiterentwicklungsinitiativen mit ambulantem Bezug. Langfristig wird die Möglichkeit eröffnet, sich – bei entsprechender Qualifizierung – in Richtung einer wissenschaftlich qualifizierten Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) weiterzuentwickeln; strategische, konzeptionelle oder forschungsbezogene Gesamtverantwortung bleibt dem Rollenprofil BAPID Typ V vorbehalten.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einarbeitung erfolgt standardisiert, rollen- und aufgabenbezogen sowie nach evidenzbasierten Standards und wird durch erfahrene Kolleg*innen mit pflegewissenschaftlicher Expertise begleitet. Regelmäßige Supervision und kollegiale Beratung sind Bestandteil des Rollenprofils. Die akademisierte Pflegefachperson übernimmt im Rahmen ihrer Funktion Mentoring für Mitarbeitende der BAPID-Typen II und III. Ein Schwerpunkt liegt auf der Begleitung beim standardorientierten und kontextbezogenen Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die pflegerische Praxis im ambulanten Versorgungskontext, insbesondere im Team und in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Durch ihre Rolle trägt sie zur Förderung einer lern- und qualitätsorientierten Teamkultur bei.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der akademisierten Pflegefachperson (BAPID Typ IV) ist keine isolierte oder personenbezogene Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle vorgesehen.

Die Tätigkeit der akademisierten Pflegefachperson ist – wie bei BAPID Typ III – in team-, prozess- und interprofessionelle Versorgungsstrukturen eingebettet; eine individuelle Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen.

Die Wirkung der Rolle entfaltet sich nicht über klient*innenbezogene Outcomes oder organisationsbezogene Kennzahlen, sondern über die fachliche Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischen Handelns im ambulanten Versorgungsprozess.

Sie zeigt sich indirekt, strukturell und prozessbezogen, insbesondere durch:

- qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Entscheidungsfindung im Pflegeprozess,
- fachliche Einordnung und Reflexion pflegerischer Maßnahmen im Team,
- Unterstützung der standardorientierten Weiterentwicklung pflegerischer Praxis auf Team- oder Versorgungsebene der ambulanten Pflege,
- Stärkung der professionsbezogenen Zusammenarbeit, Wissensintegration und Reflexionskultur im ambulanten Versorgungsalltag.

Wirkungen ergeben sich aus dem Zusammenspiel organisationaler Rahmenbedingungen, interprofessioneller Kooperation und teambezogener Lern- und Reflexionsprozesse und sind nicht einzelnen Stelleninhaber*innen unmittelbar zuzuschreiben.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die akademisierte Pflegefachperson ist als reguläres Mitglied des ambulanten Pflegeteams in ein professionelles, interdisziplinäres Arbeitsumfeld eingebunden und nimmt kontinuierlich an der direkten pflegerischen Versorgung im häuslichen Setting teil. Die Zusammenarbeit erfolgt primär auf Team- und Versorgungsebene in enger Abstimmung mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus sowie mit interprofessionellen Berufsgruppen im ambulanten Versorgungskontext. Die akademisierte Pflegefachperson wirkt im Rahmen ihrer Rolle an praxisnahen, evidenzbasierten Reflexions- und Weiterentwicklungsprozessen der pflegerischen Praxis im ambulanten Versorgungsalltag mit. Die Teamarbeit ist geprägt durch standardorientierte

fachliche Abstimmung, kollegialen Austausch sowie die Unterstützung evidenzbasierter Entscheidungsfindung im ambulanten Pflegeprozess. Digitale Teamkommunikation und mobile Dokumentationssysteme unterstützen die Zusammenarbeit im Team, ohne die fachliche Verantwortung einzelner Rollen zu verändern. Externe Kooperationen (z. B. mit Hausarztpraxen, Fachzirkeln oder weiteren Akteur*innen) erfolgen fall- und versorgungsbezogen im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit; eine koordinierende oder steuernde Gesamtverantwortung ist nicht Bestandteil der Rolle.

1. Kompetenzprofil

Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in – Ambulante Pflege – BAPID Typ V

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle beschreibt ein klinisch fallführendes Rollenprofil im Sinne Advanced Nursing Practice (APN) und dient der klient*innenbezogenen, fallführenden und wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der Pflegepraxis sowie der qualitätsgesicherten Versorgung im ambulanten Setting. Die wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) übernimmt eine eigenständige klinische Rolle in der direkten ambulanten Versorgung (Advanced Nursing Practice/Clinical Nurse Specialist) und verbindet diese mit einer erweiterten wissenschaftsbasierten Begründung, Reflexion, Implementierung und Weiterentwicklung pflegerischen Handelns. Ziel ist die fallbezogene, evidenzbasierte Steuerung pflegerischer Versorgungsprozesse im ambulanten Setting, die klinische Entscheidungsverantwortung im pflegerischen Bereich sowie die fachliche Mitverantwortung für Versorgungsqualität und Klient*innensicherheit im interprofessionellen Kontext. Ergänzend übernimmt die Pflegeexpert*in Anteile in Beratung, Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung, Forschung und Implementierung evidenzbasierter Versorgungskonzepte als integralen Bestandteil der klinischen APN-Rolle, nicht als davon losgelöste Funktion. Darüber hinaus wirkt sie als fachliche Referenz-, Beratungs- und Mentoringperson für Pflegefachpersonen der BAPID-Typen II–IV im ambulanten Versorgungskontext.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz wissenschaftlich qualifizierter Pflegeexpert*innen (BAPID Typ V) erfolgt in Einrichtungen der ambulanten Versorgung unabhängig vom formalen Versorgungs- oder Falltyp, insbesondere dort, wo eine eigenständige klinische Fallführung, eine vertiefte wissenschaftsbasierte Entscheidungsverantwortung sowie die Implementierung und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten ambulanten Versorgung vorgesehen sind. Umfang, Einsatzfelder und Aufgabenprofile richten sich nach der Versorgungsstruktur, den pflegerischen Handlungsfeldern, der vorhandenen Qualifikations- und Rollenstruktur sowie den strategischen Zielsetzungen der Einrichtung. Die Rolle ist regelhaft in die direkte Klient*innenversorgung eingebunden und umfasst ergänzende Anteile in Beratung, Qualitätsentwicklung, Forschung und Implementierung evidenzbasierter Konzepte.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ V (AX/P5/S0)
Qualifikationsniveau	Pflegefachperson mit akademischem Abschluss (Master in Pflege/Pflegewissenschaft oder vergleichbarer pflegewissenschaftlicher Masterabschluss)

Verortung im Kompetenzrahmen	Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in mit klinischem Schwerpunkt auf der eigenständigen Fallführung, der vertieften wissenschaftsbasierten Entscheidungsverantwortung sowie der Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten ambulanten Versorgung. Konzeptentwicklung, Forschung und strategische Beratung sind ergänzende Bestandteile der Rolle im ambulanten Setting, stehen jedoch nicht im Vordergrund der Verortung.
-------------------------------------	--

5. Berufliche Rolle

Die/der wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in ist regelhaft und anteilig in die direkte ambulante Pflege eingebunden und übernimmt eine fallführende, klient*innennahe Expert*innenrolle im häuslichen Versorgungskontext. Der Schwerpunkt der Rolle liegt auf der direkten Versorgung, der prozesshaften Begleitung sowie der wissenschaftsbasierten Entscheidungsverantwortung entlang des ambulanten Versorgungspfades. Sie/er übernimmt die eigenständige klinisch-pflegerische Verantwortung für definierte Versorgungsbedarfe, berät Klient*innen sowie An- und Zugehörige auf Expert*innenniveau und wirkt kontinuierlich im ambulanten Pflegeteam, um Praxisnähe, Aktualität und Akzeptanz der APN-Rolle sicherzustellen. Die Wahrnehmung erweiterter pflegerischer Entscheidungs- und Handlungsspielräume erfolgt im Rahmen gesetzlich eröffneter Befugnisse sowie organisationsbezogener Regelungen und setzt eine entsprechende Qualifikation voraus. Die/der Pflegeexpert*in APN ist nicht primär für die routinemäßige Durchführung allgemeiner Pflege zuständig, bleibt jedoch bewusst klinisch tätig, um ihre/seine Expertise wirksam in die Versorgung einzubringen. Ergänzend übernimmt die/der Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) wissenschaftlich fundierte Aufgaben der Praxisentwicklung, insbesondere die Analyse, Weiterentwicklung und Evaluation pflegerischer Versorgungskonzepte in der ambulanten Pflege, die fachliche Beratung von Pflegefachpersonen der BAPID-Typen II–IV sowie Mentoring in anspruchsvollen pflegefachlichen Entscheidungsprozessen. Forschungs-, Entwicklungs-, Leitlinien- und Konzeptarbeit sind Bestandteil der Rolle, ersetzen jedoch nicht die direkte Klient*innenversorgung, sondern dienen der nachhaltigen Verbesserung ambulanter Pflegepraxis. Die Rolle ist geprägt durch eine integrierte Brückenfunktion zwischen direkter ambulanter Versorgung, Wissenschaft und Organisation, nicht durch eine primäre Leitungs-, Stabs- oder Steuerungsfunktion. Stellenprofile ohne verpflichtenden klinischen Versorgungsanteil entsprechen nicht der Rollenlogik von BAPID Typ V. Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen sind möglich, der klinische Versorgungsanteil ist jedoch verbindlicher Bestandteil jeder Typ-V-Stelle.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Tätigkeit orientiert sich am Pflegeberufgesetz (PflBG), an einschlägigen landesrechtlichen Vorgaben, an pflegewissenschaftlichen Standards sowie an aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien. Die/der Pflegeexpert*in arbeitet eigenständig in der direkten ambulanten Pflegepraxis sowie wissenschaftlich fundiert und beratend und ist maßgeblich an der praxisnahen und standardorientierten Umsetzung evidenzbasierter Konzepte im ambulanten Setting beteiligt. Die eigenständige klinische Tätigkeit erfolgt innerhalb eines fachlich und organisatorisch gerahmten Versorgungsmodells der Einrichtung. Die Pflegeexpert*in ist dabei an

eine geeignete koordinierende Struktur (z. B. Pflegewissenschaft, Praxisentwicklung oder Qualitätsentwicklung) angebunden, die die strategische Abstimmung, Prioritätensetzung und Kohärenz wissenschaftlicher Tätigkeiten unterstützt, ohne die klinische Entscheidungsautonomie der Pflegeexpert*in einzuschränken. Die Rolle umfasst keine eigenständige Verantwortung für systemische Prozess- oder Strukturentscheidungen auf Organisationsebene.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die/der wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) übernimmt Verantwortung für die eigenständige, fallführende pflegerische Versorgung definierter Klient*innengruppen im ambulanten Setting** sowie für die wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung und Evaluation pflegerischen Handelns in der direkten Versorgungspraxis. Darüber hinaus wirkt sie/er an der standardorientierten Weiterentwicklung pflegerischer Konzepte und der praxisnahen Umsetzung evidenzbasierter Standards im ambulanten Versorgungskontext mit, ohne die alleinige strategische oder organisatorische Gesamtverantwortung auf Einrichtungs- oder Trägerebene zu übernehmen. Sie/er trifft klinisch-pflegerische Entscheidungen mit vertiefter wissenschaftsbasierter Entscheidungsverantwortung, berät Pflegefachpersonen, pflegefachliche Leitungen und interprofessionelle Teams bei pflegerischen Entscheidungen im Kontext konkreter ambulanter Versorgungsprozesse und wirkt aus klinischer Perspektive an der Anpassung und Weiterentwicklung von Leitlinien und Versorgungskonzepten mit. Die/der Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) wirkt an Forschungs-, Entwicklungs- und Qualitätsprojekten mit, insbesondere dort, wo eine enge Rückbindung an die direkte ambulante Pflegepraxis besteht. Sie/er führt praxisbezogene Fortbildungen, Schulungen und fallbezogene Lehr- und Beratungsformate durch, übernimmt fachliches Mentoring und klinische Beratung für Pflegefachpersonen der BAPID-Typen II–IV im ambulanten Versorgungskontext. Eine eigenständige Verantwortung für die Konzeption, Steuerung oder Organisation von Touren, Versorgungsmodellen, regionalen Netzwerken oder systemischen Strukturentscheidungen ist nicht Bestandteil der Rolle.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an wissenschaftlichen Standards und einem humanistischen Menschenbild, den Grundrechten (insb. Art. 1 GG) sowie der Reflexion des eigenen Handelns im ambulanten Versorgungskontext – Beteiligung an berufspolitischen und wissenschaftlichen Diskursen – Brückenfunktion zwischen Wissenschaft, Praxis und Professionalisierung – Fundierte Kenntnisse ethischer Prinzipien, Pflegeethik (z. B. ICN-Ethikkodex), Menschenrechte sowie beruflicher Werte und Standards – Wissen über professionelle Rollenentwicklung, Diversitätssensibilität, kulturelle Sensibilität, Führungsethik und Diversität unter Berücksichtigung häuslicher Versorgungsbedingungen

	– Reflexion der eigenen Rolle und vorbildhaftes Handeln zur Förderung professioneller Haltungen und zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis – Kontinuierliche Analyse ethischer Dilemmata und aktive Mitgestaltung ethischer Entscheidungsprozesse unter Berücksichtigung häuslicher Lebensrealitäten und individueller Alltagsstrukturen
Pflegerische Versorgungspraxis	– Konzeption, wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte und Programme im ambulanten Setting, z. B. zur Implementierung prophylaktischer Maßnahmen; die operative Umsetzung erfolgt durch die Pflegeexpert*in Typ IV in der direkten Versorgung und im Pflegeteam – Direkte klient*innen- und angehörigenbezogene Beratung im Rahmen spezialisierter ambulanter pflegerischer Versorgung – Anleitung und Begleitung von Pflegefachpersonen bei der operativen Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen im häuslichen Umfeld – Eigenständige pflegerische Tätigkeit im ambulanten Pflegeteam, einschließlich fallbezogener Mitversorgung definierter Klient*innengruppen sowie Durchführung von Pflegevisiten – Beratung von Teams zu komplexen pflegerischen Maßnahmen in der ambulanten Versorgung – Beratung, Anleitung und fachliche Begleitung spezialisierter pflegerischer Interventionen unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Evidenz – Bewertung und evidenzbasierte Anpassung ambulanter Versorgungsprozesse im interprofessionellen und sektorenübergreifenden Kontext – Aktive Evaluation und Anpassung von Versorgungsprozessen mit dem Ziel einer verbesserten klient*innenzentrierten Ergebnisqualität im häuslichen Setting – Kritische Bewertung und Reflexion pflegerischer Interventionen mit dem Ziel der evidenzbasierten Optimierung und Förderung informierter Entscheidungsfindung sowie des Empowerments der Klient*innen und An- und Zugehörigen – Erstellung versorgungsbezogener Gutachten sowie Risiko- und Schadenfallanalysen im Kontext ambulanter Pflegeversorgung – Initiierung und fachliche Begleitung von Projekten zur Konzeptentwicklung und Implementierung im ambulanten Bereich, ergänzend zur direkten Versorgung
Kommunikation & Kooperation	– Beratung und Moderation in Fach- und Qualitätszirkeln – Schnittstellenmanagement auf Organisationsniveau, insbesondere zwischen ambulanten und stationären sowie hausärztlichen Versorgungsbereichen

	– Moderation fallbezogener pflegfachlicher und interprofessioneller Fallbesprechungen im ambulanten Setting – Präsentation und Kommunikation wissenschaftlicher Erkenntnisse auf Praxis- und Leitungsebenen zur Unterstützung evidenzbasierter Entscheidungsprozesse – Enge Abstimmung mit interprofessionellen Steuerungsgremien, Kooperationspartner*innen und relevanten Funktionsbereichen der ambulanten Versorgung – Kontinuierliche Kommunikation mit Klient*innen sowie An- und Zugehörigen, anschlussfähig an die Arbeit von Pflegefachpersonen der BAPID-Typen III und IV, ergänzt um vertiefte fachliche Einordnung pflegerischer Fragestellungen – Aktives Einbringen pflegerelevanter Perspektiven sowie klient*innenbezogener Anliegen (Klient*innenanwaltschaft) in interprofessionelle Fallbesprechungen, Qualitätszirkel und geeignete Steuerungsformate – Mitwirkung in interprofessionellen Steuerungs- und Entscheidungsgremien mit Fokus auf die Übersetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in versorgungspraktische Entscheidungen im ambulanten Kontext (keine primäre Management- oder Leitungsverantwortung)
Gesundheitsförderung & Prävention	– Analyse und konzeptionelle Entwicklung gesundheitsfördernder Programme im ambulanten Versorgungssetting – Evaluation der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im häuslichen Versorgungskontext – Analyse gesundheitsfördernder Bedarfe sowie konzeptionelle Entwicklung systematisierter, versorgungsbezogener gesundheitsfördernder Programme unter Berücksichtigung häuslicher Lebensbedingungen – Leitung versorgungsnaher, klient*innenbezogener Präventionsprogramme im ambulanten Setting (keine rein organisationsstrategischen Programme) – Systematisierte Information, Schulung und Beratung zu gesundheitsfördernden und präventiven Themen auf Basis aktueller Evidenz für Klient*innen, An- und Zugehörige sowie Pflegeteams – Beratung von Pflegefachpersonen und Klient*innen im Rahmen präventiver und gesundheitsfördernder Versorgung – Enge, kooperative Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzt*innen und weiteren Berufsgruppen im Rahmen präventiver und gesundheitsfördernder Versorgungskonzepte im ambulanten Bereich
Organisation & Planung	– Planung und Steuerung pflegerischer Versorgungskonzepte im ambulanten Setting

	– Planung, fachliche Steuerung und Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte mit direktem Bezug zur ambulanten Versorgung definierter Klient*innengruppen – Evaluation organisationaler Prozesse und Strukturen im ambulanten Versorgungsalltag – Praxisnahe Evaluation organisationaler Prozesse und Strukturen mit Fokus auf Versorgungsqualität, Klient*innensicherheit und Umsetzbarkeit im häuslichen Versorgungskontext – Mitwirkung an der Entwicklung und Umsetzung sektorenübergreifender Versorgungspfade unter Beteiligung ambulanter Versorgungsstrukturen – Mitwirkung an der Entwicklung, fachlichen Abstimmung und Evaluation sektorenübergreifender Versorgungspfade in enger Zusammenarbeit mit interprofessionellen Akteur*innen (keine alleinige Steuerungsverantwortung) – Wissenschaftliche Evaluation und Optimierung von Touren- und Ressourcenplanungsmodellen als Bestandteil der versorgungsbezogenen Organisationsentwicklung
Leadership	– Praxisnahe Mitwirkung an Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit ambulantem und versorgungsbezogenem Fokus; eine organisations- oder systemweite Gesamtverantwortung ist nicht regelhafter Bestandteil der Rolle – Mentoring von Führungspersonen und Mitarbeitenden bei entsprechender fachlicher, didaktischer und reflexiver Kompetenz im ambulanten Versorgungskontext – Mentoring und fachliche Begleitung akademisierter Pflegefachpersonen (Typ IV) im Rahmen ambulanter Versorgungsprozesse, insbesondere mit Bezug zu Touren-, Schnittstellen- und Versorgungskoordination – Mitgestaltung pflegerischer Rollenprofile und Standards im ambulanten Setting auf Grundlage evidenzbasierter und versorgungsnaher Anforderungen – Praxisnahe Vorbildfunktion innerhalb der direkten ambulanten Versorgung sowie gezielte Begleitung, Anleitung und fachliche Unterstützung von Studierenden und projektbezogenen Lernformaten – Coaching zur Förderung einer professionellen Pflegekultur und zur Stärkung der beruflichen Autonomie anderer Pflegefachpersonen erfolgt kontext- und qualifikationsabhängig; eine automatische Zuordnung allein auf Basis der wissenschaftlichen Qualifikation ist ausgeschlossen
Qualität & Sicherheit	– Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren im ambulanten Versorgungssetting

	– Systematische Analyse und wissenschaftlich fundierte Evaluation ambulanter Versorgungsprozessen einschließlich der Qualitäts- und Sicherheitsaspekte der direkten Klient*innenversorgung, mit Ableitung von Handlungsempfehlungen auf Organisations- und Versorgungsebene – Beteiligung an einrichtungsinternen Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Qualität in der ambulanten Versorgung – Optionale Mitwirkung an einrichtungs- oder versorgungsbereichsübergreifenden Forschungs- und Qualitätsprojekten (z. B. zu Schnittstellenprozessen), ohne Verlagerung des Schwerpunkts aus der direkten versorgungsbezogenen Verantwortung – Fachliche Einordnung und Rückkopplung qualitätsrelevanter Ergebnisse in geeignete Qualitäts- und Fachgremien des ambulanten Versorgungsbereichs
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Mitgestaltung von Curricula unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben und wissenschaftlicher Erkenntnisse im ambulanten Kontext (beratend und konzeptionell, nicht alleinverantwortlich) – Durchführung von Fortbildungen und Schulungen für Mitarbeitende der ambulanten Pflege – Mentoring wissenschaftlicher Nachwuchspersonen sowie Begleitung und Anleitung von Studierenden und studentischen Projekten mit Bezug zur ambulanten Versorgungspraxis – Kooperation mit Hochschulen und Forschungsnetzwerken zur Integration aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die ambulante Praxis (fachlich mitwirkend, nicht steuernd) – Förderung einer positiven Lern- und Entwicklungskultur sowie Mitgestaltung der Personalentwicklung auf konzeptioneller Ebene im ambulanten Versorgungsbereich – Mitwirkung an der Entwicklung und – in Abstimmung mit zentralen Stellen – Implementierung von Karrierepfaden innerhalb der ambulanten Pflege – Initiierung und Durchführung pflegewissenschaftlicher Studien und Forschungsprojekte mit Bezug zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsqualität – Kontinuierliche eigene lebenslange Fort- und Weiterbildung als Bestandteil professioneller Rollenverantwortung
Technologie & E-Health	– Fachliche Bewertung digitaler Anwendungen im Hinblick auf pflegerische, ethische und klient*innensicherheitsrelevante Aspekte im ambulanten Versorgungskontext; die technische Implementierung erfolgt über trägerinterne IT-Strukturen – Beratung zur Auswahl und Einführung neuer Technologien aus pflegefachlicher und versorgungsbezogener Perspektive im ambu-

	lanten Setting (keine technische oder operative Betriebsverantwortung) – Evaluation digitaler Entscheidungsunterstützungs-, Dokumentations- und Kommunikationssysteme sowie fachliche Beratung zu deren Anwendung und Integration in ambulante Versorgungsprozesse – Fachliche Einordnung und Beratung zur Nutzung digitaler Anwendungen (z. B. mobile Dokumentation, digitale Verlaufsübersichten) im Rahmen ambulanter Pflegeprozesse – Beratung von Klient*innen, An- und Zugehörigen sowie Fachpersonen bei der Nutzung digitaler und KI-gestützter Tools mit Fokus auf klient*innenzentrierte Anwendung, Einordnung von Nutzen und Risiken sowie ethische Reflexion
Selbstmanagement & Empowerment	– Evaluation, kontinuierliche Reflexion und kontextbezogene Anpassung von Empowerment-Strategien anhand von Feedback, aktuellen evidenzbasierten Erkenntnissen sowie unter Berücksichtigung organisationaler Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung – Beratung zur Förderung von Selbstwirksamkeit bei Klient*innen sowie in ambulanten Pflegeteams unter Berücksichtigung struktureller und organisatorischer Bedingungen des häuslichen Versorgungskontexts – Förderung des Einbezugs von Klient*innen in pflegerische Entscheidungsprozesse innerhalb ambulanter Versorgungsstrukturen als Element strukturellen Empowerments – Unterstützung und Förderung des Einbezugs von Klient*innen und An- und Zugehörigen in versorgungsnahe Entwicklungs-, Evaluations- oder Lernprozesse der ambulanten Pflege (Mitwirkung, keine formale Steuerungsverantwortung) – Verankerung von Empowerment und Selbstmanagement als leitende Prinzipien ambulanter Pflegeprozesse (z. B. Beteiligungsformate, Beratungssettings, Prozessgestaltung im häuslichen Umfeld)

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Forschung & Konzeptentwicklung

- Initiierung und Leitung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit direktem Bezug zur ambulanten Versorgung und zu identifizierten Versorgungsbedarfen aus der eigenen versorgungsbezogenen Praxis
- Wissenschaftliche Datenerhebung, Analyse und Publikation zur Entwicklung, Evaluation und zum Transfer evidenzbasierter Konzepte in die ambulante Pflegepraxis
- Aktive Beteiligung an der Publikation wissenschaftlicher Ergebnisse und deren Transfer in die ambulante Pflegepraxis

- Mitarbeit an einrichtungs- oder versorgungsbereichsübergreifenden Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Verbesserung ambulanter Versorgungsprozesse, eingebettet in die eigene versorgungsnahe Rolle und ohne Abkopplung von der direkten Pflegepraxis
- Direkte, spezialisierte klient*innenbezogene Pflegepraxis im ambulanten Setting als Referenz- und Ausgangspunkt für Forschung, Konzeptentwicklung und Evaluation

Beratung & Strategie

- Beratung von Leitungsgremien und Management im definierten Aufgabenrahmen und bezogen auf pflegerisch-versorgungsbezogene Fragestellungen der ambulanten Pflege
- Mitarbeit in regionalen und überregionalen Fachgremien sowie ambulanten Versorgungsnetzwerken in fachlich-beratender Funktion, ohne koordinierende oder steuernde Gesamtverantwortung
- Strategische Beiträge zur Förderung beruflicher Autonomie und Professionalisierung des Pflegeberufs im Rahmen institutionell festgelegter Rollen und Zuständigkeiten im ambulanten Kontext
- Beratung interprofessioneller Steuerungs- und Abstimmungsgremien zur evidenzbasierten Optimierung ambulanter Versorgungsprozesse unter Einbringung pflegfachlicher und klient*innenbezogener Perspektiven
- Eigenständige Planung, Durchführung und Evaluation von Bildungs- und Wissenstransferangeboten als kontextabhängiger Aufgabenanteil, nicht verpflichtender Bestandteil jeder Typ-V-Rolle
- Beratungstätigkeit erfolgt kompetenz- und rollenabhängig und setzt entsprechende kommunikative, reflexive und relationale Kompetenzen voraus
- Beratung von Klient*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen der direkten, spezialisierten ambulanten Pflegepraxis
- Fachliche Beratung von Kolleg*innen im Sinne einer nicht-hierarchischen Expert*innen- und Unterstützungsrolle

Qualität & Organisation

- Fachliche und strategische Beratung im versorgungsnahen ambulanten Kontext zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen; keine alleinige oder systemweite Steuerungsverantwortung
- Analyse von Versorgungsdaten auf Team-, Touren- oder Versorgungspfad-Ebene zur Identifikation von Verbesserungsbedarfen und zur Optimierung ambulanter Pflegeprozesse
- Begleitende Beratung und fachliche Unterstützung von ambulanten Pflegeteams bei der Umsetzung qualitätsorientierter Konzepte auf Basis vorgegebener Qualitätsstandards; keine organisationsweite Gesamtverantwortung
- Evaluation ambulanter Versorgungspfade sowie relevanter Schnittstellenprozesse und Ableitung fachlicher Handlungsempfehlungen für deren Weiterentwicklung im definierten Aufgaben- und Verantwortungsbereich

Ausbildung & Lehre

- Durchführung von Fortbildungen, Fachvorträgen und versorgungsnah ausgerichteten Lehrveranstaltungen im ambulanten Kontext; keine hochschuldidaktische oder curriculare Lehre ohne entsprechende pädagogische Qualifikation

- Mentoring von Mitarbeitenden und Studierenden kompetenz- und rollenabhängig; Mentoring setzt entsprechende kommunikative und reflexive Fähigkeiten voraus
- Aktive Mitgestaltung wissenschaftlicher Weiterbildungsangebote mit Bezug zur ambulanten Pflegepraxis sowie Förderung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses ohne formale Ausbildungs- oder Prüfungsverantwortung
- Regelmäßige Analyse, kritische Bewertung und Anpassung eingesetzter Beratungs- und Schulungsmethoden zur Unterstützung von Autonomie, Selbstmanagement und individuellen Lern- und Versorgungsbedürfnissen im häuslichen Versorgungskontext; klare Abgrenzung von Forschungs- und Lehrtätigkeit

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	<i>[z. B. Masterabschluss in Pflegewissenschaft, Klinischer Pflegewissenschaft, Advanced Practice Nursing oder vergleichbarer Studienabschluss]</i>
Wünschenswerte Weiterbildungen	<i>[z. B. Evidenzbasierte Praxis, klinische Forschung, Qualitätsmanagement]</i>
Erfahrung	<i>[Keine verpflichtende Berufserfahrung vorausgesetzt; das Kompetenzprofil beschreibt den Qualifikationsstand unmittelbar nach Abschluss eines pflegebezogenen Masterstudiums.</i> <i>Berufserfahrung kann die Ausübung der Rolle unterstützen, ist jedoch keine formale Voraussetzung für die Zuordnung zum BAPID Typ V.</i> <i>Der konkrete Einsatz, Verantwortungsumfang und Stellenzuschnitt sind einrichtungs- und kontextabhängig festzulegen (z. B. im Rahmen strukturierter Einarbeitung, gestufter Verantwortungsübernahme oder Trainee-/APN-Entwicklungsmodelle).</i>

11. Persönliche Eigenschaften:

- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, hohe Eigenverantwortung und Selbstorganisation
- Kritikfähigkeit, Belastbarkeit, Organisationstalent und Flexibilität
- Ausgeprägte Reflexions- und Analysefähigkeit, strukturiertes und vernetztes Denken
- Verantwortungsbewusstsein, Empathie und Freude an der Arbeit mit Menschen aller Altersstufen
- Kommunikationsfähigkeit in Wort und Schrift, Kollegialität und professionelles Auftreten
- Körperliche und seelische Stabilität, Ausgeglichenheit, Geduld und Kreativität
- Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Initiative, Konfliktfähigkeit und Urteilsvermögen
- Bereitschaft zur kontinuierlichen persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Fähigkeit zur Wissensvermittlung und Anleitung von Mitarbeitenden unterschiedlicher Qualifikationsstufen

- Orientierung am Grundgesetz, an einem humanistischen Menschenbild, an ethischen Werten sowie an wissenschaftlichen Gütekriterien pflegerischen Handelns
- Ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstorganisation in mobilen, wissenschaftsorientierten Projekten und zur Anpassung an variierende häusliche Versorgungssituationen

12. Dienstinterne Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. flexible und überwiegend mobile Tätigkeit mit anteilig freigestellten Forschungs- und Konzeptarbeiten; Berücksichtigung individueller Verfügbarkeiten im Tourenmanagement]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote sind für dieses Rollenprofil insbesondere auf wissenschaftsbasierte, versorgungsbezogene und entwicklungsorientierte Inhalte (z. B. evidenzbasierte Praxis, klinische Expertise, Qualitäts- und Praxisentwicklung, Versorgungsforschung) auszurichten und im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten bereitzustellen.]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die/der Pflegeexpert*in arbeitet eng mit allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zusammen – einschließlich Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten und weiteren an der ambulanten Versorgung beteiligten Akteur*innen – und ist dabei regelhaft in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden. Sie/er trägt durch strukturierte Informationsweitergabe, fachliche Einordnung und klient*innenbezogene Abstimmung zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität im häuslichen Umfeld bei. Eine koordinierende oder Gesamtverantwortung für interprofessionelle oder sektorenübergreifende Prozesse liegt nicht bei der einzelnen Stelle, sondern erfolgt im Rahmen der jeweiligen Organisations- und Versorgungsstrukturen. Darüber hinaus ist die/der Pflegeexpert*in fachlich beratend in interprofessionelle Abstimmungs- und Entscheidungsgremien eingebunden, wirkt in regionalen ambulanten Netzwerken, Fachgremien sowie Qualitätszirkeln mit und unterstützt den Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die ambulante Versorgungspraxis im Kontext der direkten Klient*innenversorgung. Kooperationen mit Hochschulen oder Forschungsinstitutionen erfolgen fachlich mitwirkend und angebunden an institutionelle Strukturen, ohne eigenständige Initiierungs- oder Steuerungsverantwortung.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet die Möglichkeit, die eigene wissenschaftliche Expertise kontinuierlich auszubauen und diese systematisch in der direkten ambulanten Versorgung sowie in der praxisnahen Weiterentwicklung pflegerischer Rollen einzubringen. Dazu gehören die Mitarbeit – und kontextabhängig die Leitung – versorgungsnaher Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit Bezug zur ambulanten Pflegepraxis, die aktive Mitgestaltung von Rollenprofilen und Qualitätsstandards in fachlicher Abstimmung mit zentralen Stellen sowie die mitwirkende Teilnahme an regionalen und überregionalen Fachgremien. Ein besonderer Fokus liegt auf praxisgeleiteten, versorgungsbereichsübergreifenden Forschungs- und Evaluationsprojekte, die der Weiterentwicklung ambulanter pflegerischer Versorgung auf Basis konkreter Versorgungsbedarfe dienen. Perspektivisch unterstützt die Einrichtung die Weiterqualifizierung im Bereich Advanced Practice Nursing (APN) sowie weitere wissenschaftliche Qualifikationswege, einschließlich Promotionsvorhaben, in Abhängigkeit von Aufgabenprofil, institutionellem Bedarf und organisatorischen Rahmenbedingungen.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einrichtung stellt einen strukturierten Einarbeitungsprozess sicher, der mehrgleisig und flexibel ausgestaltet ist und durch erfahrene Pflegeexpert*innen mit pflegewissenschaftlicher Expertise begleitet wird; sofern (noch) nicht verfügbar, können dies auch akademisierte Pflegefachpersonen bzw. erfahrene Pflegefachpersonen sein. Regelmäßige Reflexionsgespräche und kollegiale Beratung sind Bestandteil der Personalentwicklung; Supervision erfolgt nicht regelhaft, sondern nur bei entsprechender Qualifikation der beteiligten Personen. Die/der Pflegeexpert*in übernimmt eine Mentoring-Funktion im Rahmen der eigenen fachlichen und didaktischen Kompetenzen für Mitarbeitende der BAPID-Typen II bis IV und unterstützt Praxisanleitende in der Ausbildung im ambulanten Kontext. Darüber hinaus begleitet sie/er wissenschaftliche Nachwuchspersonen im Rahmen von Projekten und Forschungsarbeiten. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der standardorientierten und praxisnahen Unterstützung beim Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die direkte ambulante Versorgung sowie in versorgungsnahe und dynamische Pflegeprozesse.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Der Erfolg der Stellenbesetzung zeigt sich an struktur-, prozess- und rollenbezogenen, nicht personenbezogenen messbaren und beobachtbaren Kriterien. Sie ermöglichen eine fundierte Rückmeldung im Rahmen von Mitarbeitendengesprächen, Qualitätsentwicklungen oder Fachgesprächen. Die Bewertung kann durch Rückmeldungen, Dokumentationsanalysen oder Prozessbeobachtungen erfolgen:

– Qualität der pflegerischen Versorgung

Messbar durch: Beteiligung an Konzept- und Qualitätsaudits, interne und externe Evaluationen, Ergebnisse von Forschungs- und Entwicklungsprojekten sowie den Grad der strukturierten Implementierung evidenzbasierter Konzepte in ambulanten Versorgungsmodelle und Schnittstellenprozesse.

Eine personenbezogene Zuordnung von Klient*innen-Outcomes (z. B. Krankenhaus-einweisungen, Komplikationen) zur/zum Stelleninhaberin ist ausgeschlossen; diese Kennzahlen werden ausschließlich auf Struktur- und Prozessebene berücksichtigt.

– **Zufriedenheit von Leitungsgremien, Teams und externen Partner*innen**

Messbar durch: Ergebnisse aus Feedbackgesprächen mit Management, Teamrückmeldungen, Beteiligung an Qualitätszirkeln sowie qualitatives Kooperationsfeedback im Rahmen institutionell verankerter Projekte, ambulanter Versorgungsnetzwerke und wissenschaftlicher Kooperationen.

– **Integration und Kommunikation im Team**

Messbar durch: Einschätzungen aus Mitarbeitendengesprächen, Rückmeldungen im Team, Teilnahme an Dienst- und Leitungsgesprächen, Beobachtung der fachlichen Einbindung in interprofessionelle Fall- und Steuerungsformate sowie Mentoring-Aktivitäten.

– **Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen**

Messbar durch: Dokumentation zur Anwendung von Leitlinien, Eintragungen in Qualitätsberichte, Fachgespräche sowie Rückmeldungen aus kollegialer Beratung. Supervision wird nicht als regelhafter Wirkungsindikator herangezogen.

– **Aktive Mitwirkung an internen Entwicklungsprozessen**

Messbar durch: Beteiligung an Arbeitsgruppen, Projektteams oder Qualitätszirkeln, dokumentierte Beiträge zu Konzeptentwicklungen, Fortbildungsimpulse für Kolleg*innen sowie praxisbezogene Ergebnisse wissenschaftsbasierter Projekte im ambulanten Setting.

Die Bewertung der Wirkung der Stelle erfolgt nicht als individuelle Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung. Wirkungen ergeben sich aus dem Zusammenwirken der Pflegeexpert*in mit team-, prozess- und organisationsbezogenen Versorgungsstrukturen und werden entsprechend kontextualisiert.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die/der Pflegeexpert*in ist in ein wissenschaftlich orientiertes, interdisziplinäres Team eingebunden und übernimmt neben projekt- und entwicklungsbezogenen Aufgaben eine aktive Rolle in der direkten, spezialisierten pflegerischen Versorgung im ambulanten Setting. Die Tätigkeit erfolgt überwiegend in mobilen und häuslichen Versorgungsstrukturen sowie in enger Abstimmung mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus, hausärztlichen Praxen, Therapeut*innen und weiteren an der Versorgung beteiligten Akteur*innen. Kooperationen mit Hochschulen, Forschungsverbünden, Managementebenen und ambulanten Versorgungsnetzwerken sind auf institutioneller Ebene verankert; die Pflegeexpert*in wirkt daran fachlich beratend und mitarbeitend mit, ohne diese eigenständig zu koordinieren oder zu steuern. Sie/er ist aktiv in multiprofessionelle Projekt-, Qualitäts- und Fachgremien eingebunden und bringt pflegewissenschaftliche Expertise insbesondere zur Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsprozesse und Schnittstellen ein. Sie/er ist integraler Bestandteil des ambulanten Pflegeteams und nimmt darin eine ausgewiesene klinische Expert*innenrolle ein, ergänzt durch Mentoring- und Beratungsfunktionen für Mitarbeitende anderer Qualifikationsniveaus. Die Organisation stellt fachliche Unterstützung, kollegiale Beratung (keine regelhafte Supervision), digitale Kommunikations- und Dokumentationssysteme, geregelte Kommunikationsstrukturen sowie den

Zugang zu aktuellen wissenschaftlichen Ressourcen sicher. Ein besonderer Fokus liegt auf der evidenzbasierten Gestaltung, Begleitung und Evaluation ambulanter Versorgungsprozesse, der fachlichen Unterstützung bei komplexen Versorgungsverläufen im häuslichen Umfeld sowie auf der engen, strukturierten Abstimmung in dynamischen interprofessionellen und sektorenübergreifenden Versorgungskonstellationen.

1. Kompetenzprofil

Pflegefachassistentenperson – Langzeitpflege – BAPID Typ II

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung einer standardorientierten, bedarfsgerechten und personenzentrierten pflegerischen Versorgung im Rahmen der Basispflege sowie definierter Aufgaben der Behandlungspflege in stabilen Pflegesituationen. Ziel ist die zuverlässige und standardorientierte Unterstützung der Pflegefachperson im Pflegeprozess, dessen Verantwortung gemäß § 4 Pflegeberufgesetz (PflBG) bei der Pflegefachperson liegt, sowie die Mitwirkung nach klar vorgegebenen Standards an der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität der Bewohner*innen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und unter Anleitung der Pflegefachperson. Die Stelle umfasst zudem vorbereitende, begleitende und unterstützende Tätigkeiten im pflegerischen Alltag der Langzeitpflege in stabilen Versorgungssituationen nach Delegation sowie die sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und relevanter Beobachtungen.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz der Pflegefachassistentenperson (BAPID Typ II) erfolgt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (z. B. Pflegeheime, besondere Wohnformen) mit überwiegend standardisierten, kontinuierlichen pflegerischen Abläufen. Regionale Besonderheiten, Größe der Einrichtung, Bewohner*innenstruktur, Pflegekonzepte (z. B. Bezugspflege, aktivierende Pflege), Teamzusammensetzung, technische Ausstattung sowie konkrete Einsatzbereiche sind einrichtungsspezifisch festzulegen.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ II (AX/P2/S0)
Qualifikationsniveau	Pflegefachassistent (nach Pflegefachassistentengesetz; Ausbildungsdauer abhängig von landesrechtlichen Regelungen)
Verortung im Kompetenzrahmen	Pflegefachassistentenperson mit assistiven und mitwirkenden Aufgaben in stabilen, standardisierten Pflegesituationen unter Anleitung und nach Delegation durch eine Pflegefachperson

5. Berufliche Rolle

Die Pflegefachassistentenperson arbeitet im Rahmen klar vorgegebener Standards eigenständig innerhalb der ihr übertragenen Aufgaben in stabilen Pflegesituationen und unterstützt die

Pflegefachperson bei veränderten, nicht mehr stabilen Verläufen nach Delegation und unter fachlicher Anleitung. Sie führt basispflegerische sowie prophylaktische Maßnahmen standardorientiert und sachgerecht durch, wirkt bei definierten behandlungspflegerischen Tätigkeiten nach Delegation mit und beobachtet den Gesundheitszustand der Bewohner*innen sorgfältig im Rahmen ihrer Zuständigkeit. Auffälligkeiten, Veränderungen oder Risiken werden zeitnah und strukturiert an die Pflegefachperson weitergegeben. Die Rolle umfasst außerdem vorbereitende, begleitende und nachsorgende Tätigkeiten im pflegerischen Alltag der Langzeitpflege nach klar vorgegebenen Standards, insbesondere im Zusammenhang mit pflegerischen Maßnahmen, Alltagsgestaltung und internen Abläufen der Einrichtung. Sie ist geprägt durch zugewandte, beziehungsorientierte Unterstützung, verlässliche Teamarbeit, verantwortungsbewusstes Handeln sowie einen respektvollen, wertschätzenden Umgang mit Bewohner*innen, deren An- und Zugehörigen sowie Kolleg*innen.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen des Pflegefachassistenzgesetzes sowie an landesrechtlichen Vorgaben und steht im Einklang mit den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG). Die Tätigkeiten erfolgen in stabilen Pflegesituationen eigenständig nach vorgegebenen Standards und bei veränderten oder nicht mehr stabilen Pflegeverläufen ausschließlich nach Anweisung und unter fachlicher Anleitung der Pflegefachperson. Die Pflegefachassistenzperson unterstützt die Qualitätssicherung durch die fachgerechte Durchführung delegierter Tätigkeiten sowie durch die sachgerechte, zeitnahe Dokumentation und Weitergabe relevanter Beobachtungen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit. Sie arbeitet standardorientiert nach träger- und einrichtungsspezifischen Konzepten der Langzeitpflege, soweit diese den gesetzlichen Vorgaben entsprechen.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die Pflegefachassistenzperson ist verantwortlich für die sach- und fachgerechte Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards sowie für die ordnungsgemäße Durchführung delegierter behandlungspflegerischer Tätigkeiten in stabilen Pflegesituationen. Sie beobachtet den Gesundheitszustand der Bewohner*innen sorgfältig, erkennt Auffälligkeiten und gibt diese zeitnah und strukturiert an die zuständige Pflegefachperson weiter. Innerhalb ihres Kompetenzbereichs wirkt sie standardorientiert an der pflegerischen Betreuung und Begleitung von Bewohner*innen mit, unterstützt diese bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie bei der Förderung von Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität im Rahmen ihrer Zuständigkeit und nach Anleitung der Pflegefachperson. Die Pflegefachassistenzperson führt die Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und Beobachtungen sachgerecht und zeitnah im vorgegebenen Rahmen aus. Darüber hinaus umfasst die Stelle vorbereitende und begleitende Tätigkeiten nach klar vorgegebenen Standards bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen, soweit diese in stabilen Pflegesituationen vorgesehen und delegiert sind.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Werten auf Grundlage eines humanistischen Menschenbildes sowie der Wahrung der Menschenwürde und Autonomie (Art. 1 GG) – Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, Empathie – Einhaltung rechtlicher und institutioneller Vorgaben einschließlich Schweigepflicht und Datenschutz – Verantwortungsbewusstsein und professionelle Abgrenzung im eigenen Aufgabenbereich – Trifft ethische Entscheidungen ausschließlich im Rahmen des eigenen Aufgabenbereichs und bezieht bei weitergehenden ethischen Fragestellungen die Pflegefachperson aktiv ein – Ethische Sensibilität gegenüber der Vulnerabilität von Bewohner*innen, insbesondere im Kontext von Abhängigkeit, Langzeitpflegebedürftigkeit und Nähe-Distanz-Beziehungen – Reflektiert eigene Wertvorstellungen im Abgleich mit berufsethischen Prinzipien und allgemein anerkannten berufsethischen Kodizes (z. B. ICN-Ethikkodex) – Respektvoller und sensibler Umgang mit Diversität, unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, Lebensformen und biografischen Prägungen der Bewohner*innen – Achtsamkeit gegenüber den eigenen Belastungsgrenzen sowie verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Gesundheit im Pflegealltag
Pflegerische Versorgungspraxis	– Sach- und fachgerechte Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards (z. B. Körperpflege, Mobilisation, Ernährung) im stationären Langzeitpflegekontext – Durchführung prophylaktischer Maßnahmen ausschließlich nach Delegation sowie unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson – Mitwirkung an behandlungspflegerischen Maßnahmen nach Delegation und unter fachlicher Anleitung (z. B. Vitalzeichenkontrolle, klar delegierte, risikoarme Teilhandlungen im Rahmen standardisierter Abläufe) – Unterstützung bei der Mobilisation, Positionierung und beim Transfer von Bewohner*innen – Mitwirkung bei palliativer Begleitung unter Anleitung der Pflegefachperson in stabilen Pflegesituationen – Wahrnehmung und Beobachtung des Gesundheitszustands sowie von Bedürfnissen, Gewohnheiten und Wünschen der Bewohner*innen (auch bei eingeschränkter Kommunikations-

	fähigkeit) und zeitnahe Weitergabe relevanter Informationen an die Pflegefachperson – Unterstützung bei der Betreuung von Bewohner*innen mit kognitiven Einschränkungen oder demenziellen Veränderungen unter Anleitung der Pflegefachperson – Einhaltung von Hygiene- und Sicherheits- und Schutzvorgaben – Vorbereitende und begleitende Tätigkeiten nach klar vorgegebenen Standards bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen in stabilen Pflegesituationen – Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten pflegerischen Maßnahmen und Beobachtungen im vorgegebenen Dokumentationssystem – Unterstützende Tätigkeiten im pflegerischen Alltag, einschließlich servicenahe Aufgaben (z. B. Unterstützung bei Mahlzeiten, Begleitung zu Gemeinschaftsaktivitäten), im Rahmen der eigenen Zuständigkeit – In Notfallsituationen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständige Entscheidungsfindung in kritischen oder instabilen Situationen – Einfache alltagsbezogene Anleitungen für Bewohner*innen ausschließlich unter Anleitung; keine eigenständige Beratung – Mitwirkung als Rückmelde- und Informationsschnittstelle im interprofessionellen Team (z. B. Pflege, Betreuung, soziale Dienste) ohne eigene Steuerungs- oder Entscheidungsverantwortung
Kommunikation & Kooperation	– Strukturierte Weitergabe relevanter Beobachtungen und Informationen an die zuständige Pflegefachperson, insbesondere im Rahmen von Dienstübergaben, Teamgesprächen und im Pflegealltag – Freundliche, wertschätzende und respektvolle Kommunikation mit Bewohner*innen, An- und Zugehörigen sowie Kolleg*innen im Rahmen alltagsbezogener, nicht-beratender Gesprächssituationen – Gestaltung einer verlässlichen, beziehungsorientierten Kommunikation mit Bewohner*innen zur Förderung von Vertrauen, Sicherheit und Orientierung im stationären Alltag, im Rahmen der eigenen Zuständigkeit – Zeitgerechte Informationsweitergabe zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität nach Vorgaben der Pflegefachperson sowie sachgerechte und zeitnahe schriftliche bzw. digitale Dokumentation relevanter Informationen – Abgestimmte Zusammenarbeit mit weiteren Funktionsbereichen (z. B. soziale Betreuung, Therapie, Hauswirtschaft, Service) im Rahmen stabiler, standardisierter Abläufe, ohne eigenständige Koordination interprofessioneller Prozesse

	– Wahrung der Schweigepflicht sowie der datenschutzrechtlichen Vorgaben (DSGVO) in allen Kommunikations- und Dokumentations-situationen – Deeskalierendes Mitwirken bei Konflikten im Team oder mit An- und Zugehörigen unter Rückgriff auf die Pflegefachperson oder andere zuständige Stellen – Aktive Rückmeldung relevanter Beobachtungen sowie Bereitschaft zur Annahme und Umsetzung von Feedback im Rahmen der eigenen Tätigkeit – Sensibler und respektvoller Umgang mit sprachlichen, kulturellen, religiösen und sozialen Unterschieden der Bewohner*innen; bei Bedarf Hinzuziehen geeigneter Unterstützung
Gesundheitsförderung & Prävention	– Unterstützung bei gesundheitsfördernden Maßnahmen (z. B. Bewegung im Alltag, Unterstützung bei Mahlzeiten) im Rahmen vorgegebener Standards und unter Anleitung der Pflegefachperson – Motivation der Bewohner*innen zur Teilnahme an sozialen, aktivierenden und therapeutischen Angeboten nach Absprache mit der Pflegefachperson – Anleitung zu gesundheitsfördernden Alltagsgewohnheiten ausschließlich in einfachen, standardisierten Alltagssituationen (z. B. Trinkanreize, Bewegungsimpulse) und ohne eigenständige Beratungsfunktion – Mitwirkung an prophylaktischen Maßnahmen (z. B. Sturz-, Haut-, Kontrakturen- und Infektionsprävention) nach klar vorgegebenen Standards und nach Delegation – Beobachtung der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen durch die Bewohner*innen sowie zeitnahe Rückmeldung bei Auffälligkeiten, Risiken oder Unterstützungsbedarf an die Pflegefachperson – Keine eigenständige Gesundheits-, Lebensstil- oder medizinische Beratung; Gesundheitsberatung, Aufklärung und präventive Gesamtplanung sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses
Organisation & Planung	– Mitarbeit bei der Organisation von Arbeitsabläufen im Wohn- bzw. Pfltegeteam im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Vorgaben der Pflegefachperson – Beobachtung von Veränderungen im Pflege- und Betreuungsverlauf der Bewohner*innen sowie zeitnahe Weitergabe relevanter Informationen an die zuständige Pflegefachperson – Ressourcenschonendes und verantwortungsbewusstes Arbeiten als ergänzender Grundsatz im pflegerischen Alltag der Langzeitpflege – Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und relevanter Beobachtungen als Bestandteil organisatorischer Aufgaben

	– Mitarbeit an der praktischen Abstimmung im Team (z. B. Reihenfolge von Tätigkeiten, gegenseitige Unterstützung bei Arbeitsbelastung oder Ausfällen) – Unterstützende und begleitende Tätigkeiten im Wohn- und Pflegealltag (z. B. Begleitung zu internen Terminen, Unterstützung bei Alltagswegen, hauswirtschaftlich unterstützende Tätigkeiten im Rahmen der Zuständigkeit) – Unverzügliche Weiterleitung von Abweichungen im Ablauf, Veränderungen im Zustand der Bewohner*innen oder Notfallsituationen an die Pflegefachperson – Organisation und Planung umfassen nicht die Planung, Steuerung oder Evaluation des Pflegeprozesses; diese sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson
Leadership	– Mitwirkung bei der Einarbeitung neuer Mitarbeitender auf gleichem Qualifikationsniveau durch Weitergabe von Erfahrungen im eigenen Aufgabenbereich und in Rückkopplung mit der Pflegefachperson – Unterstützung des Pflegeteams durch verlässliche Zuarbeit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit im Wohn- und Pflegealltag – Mitwirkung bei der Integration neuer Teammitglieder, indem im eigenen Aufgabenbereich ein zuverlässiges, respektvolles und vorbildhaftes Handeln gezeigt wird – Keine Übernahme von Leitungs-, Steuerungs- oder Entscheidungsverantwortung; Pflegeprozess-, Fach- und Personalverantwortung liegen ausschließlich bei der Pflegefachperson – Förderung einer konstruktiven Teamkultur durch respektvollen Umgang, offene Kommunikation und unterstützendes Verhalten gegenüber Kolleg*innen – Deeskalierendes und unterstützendes Mitwirken bei Konflikten im Arbeitsalltag sowie rechtzeitiges Hinzuziehen der Pflegefachperson oder anderer zuständiger Stellen – Reflexion der eigenen Rolle, Aufgaben und Grenzen sowie konsequente Vermeidung der Übernahme nicht zulässiger oder nicht delegierter Tätigkeiten
Qualität & Sicherheit	– Umsetzung interner Standards im eigenen Aufgabenbereich unter fachlicher Verantwortung der Pflegefachperson – Beobachtung des Gesundheitszustands der Bewohner*innen sowie potenzieller Risikoanzeichen (z. B. Veränderungen des Hautbildes, Mobilität, Ess- und Trinkverhalten) – Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbstständig durchgeführten Maßnahmen und Beobachtungen sowie zeitgerechte Informationsweitergabe an die Pflegefachperson – Beitrag zur Qualität und Sicherheit durch standardorientiertes Arbeiten, Hygiene- und Sicherheitsbewusstsein sowie durch

	kontinuierliche Beobachtung und Weitergabe relevanter Informationen – Keine eigenständige Durchführung von Assessments (z. B. Sturz-, Dekubitus- oder Risikoassessments); Einschätzung, Bewertung und Ableitung von Maßnahmen erfolgen durch die Pflegefachperson – Konsequente Einhaltung von Hygiene-, Infektionsschutz- und Arbeitsschutzstandards im eigenen Aufgabenbereich – Unverzügliche Weiterleitung von Auffälligkeiten, Abweichungen, Fehlern oder Beinahefehlern (z. B. im Rahmen interner Meldewege) an die Pflegefachperson bzw. zuständige Stellen – In kritischen oder notfallartigen Situationen sofortige Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen Entscheidungen – Qualitätsentwicklung, -steuerung und -evaluation sowie Risikoassessments sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Bereitschaft zur Teilnahme an internen und externen Fortbildungen zur Sicherstellung einer fachgerechten Aufgabenerfüllung (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Notfallmaßnahmen, Umgang mit Hilfsmitteln) – Aktive Beteiligung an kollegialen Beratungs- und Lernprozessen durch Austausch, Rückfragen und Rückmeldungen an Pflegefachpersonen und Praxisanleitende, ohne Übernahme von Anleitungs-, Bewertungs- oder Prüfungsverantwortung – Weitergabe einfacher, alltagsbezogener Hinweise im eigenen Aufgabenbereich an Praktikant*innen oder FSJ-/BFD-Kräfte ausschließlich in Rückkopplung mit der Pflegefachperson – Aktives Einholen von Rat bei Pflegefachpersonen in unsicheren Situationen sowie sachgerechte mündliche und schriftliche Weitergabe relevanter Beobachtungen und Informationen – Reflexion des eigenen Handelns und aktive Annahme von Feedback als Bestandteil professionellen Lernens im Pflegealltag – Umsetzung neuer pflegerischer Standards, Konzepte und Arbeitsanweisungen, sobald diese in der Einrichtung eingeführt sind – Bereitschaft zur Nutzung digitaler Dokumentationssysteme sowie technischer Assistenzsysteme und zur Teilnahme an entsprechenden Schulungen – Keine Übernahme von Praxisanleitung, Leistungsbewertung oder Kompetenzentwicklung anderer Mitarbeitender; diese Aufgaben liegen ausschließlich bei Pflegefachpersonen
Technologie & E-Health	– Nutzung digitaler Dokumentationssysteme im Rahmen des eigenen Aufgabenbereichs unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben und der Schweigepflicht (DSGVO) – Anwendung technischer Hilfsmittel im Rahmen delegierter Tätigkeiten und nach entsprechender Einweisung, unter fachlicher

	Verantwortung der Pflegefachperson (z. B. Hebehilfen, Positionierungshilfen, einfache Messgeräte) – Unterstützung bei der Vorbereitung und Nutzung medizinisch-technischer Geräte nach formaler Einweisung gemäß Medizinprodukteverordnung/ MPBetreibV in stabilen Pflegesituationen – Mitwirkung bei der Nutzung digitaler Anwendungen im Pflegealltag (z. B. Erfassung oder Weiterleitung von Vitaldaten), ohne eigenständige Interpretation, Bewertung oder Entscheidungsbefugnis – Unterstützung von Bewohner*innen bei der Nutzung einfacher digitaler Anwendungen (z. B. Tablets zur Kommunikation oder Teilhabe), ohne Beratung zu medizinisch-pflegerischen E-Health-Anwendungen – Unverzügliche Meldung technischer Mängel, Störungen oder Defekte an zuständige Stellen; keine eigenständige Behebung oder Risikoabwägung – Bereitschaft zur kontinuierlichen Schulung und Einarbeitung in digitale Dokumentationssysteme, technische Hilfsmittel und Assistenzsysteme der Einrichtung
Selbstmanagement & Empowerment	– Unterstützung der Bewohner*innen bei Alltagsaktivitäten und Selbstpflege im Rahmen der eigenen Zuständigkeit – Förderung von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe der Bewohner*innen im Alltag der Langzeitpflege nach Anleitung und in Abstimmung mit der Pflegefachperson – Motivation und Ermutigung der Bewohner*innen zu selbstständigem Handeln im Alltag in stabilen Pflegesituationen nach vorgegebenen Standards – Beobachtung der Selbstpflegefähigkeiten, vorhandener Ressourcen sowie möglicher Einschränkungen oder Unterstützungsbedarfe und zeitnahe Rückmeldung an die Pflegefachperson – Unterstützung erfolgt orientiert an individuellen Fähigkeiten, biografischen Prägungen sowie sozialen und kulturellen Bedingungen der Bewohner*innen und ausschließlich in Rücksprache mit der Pflegefachperson – Keine eigenständige Bewohner*innenedukation, Gesundheits- oder Krankheitsberatung; Planung, Steuerung und Bewertung von Empowerment-Maßnahmen sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Durchführung basispflegerischer Maßnahmen bei Bewohner*innen nach vorgegebenen Standards im Rahmen der Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson (z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilisation)

- Mitwirkung an prophylaktischen Maßnahmen ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson in stabilen Pflegesituationen
- Mitwirkung an definierten/spezifischen behandlungspflegerischen Maßnahmen gemäß curricularer Qualifikation ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson
- Unterstützung bei Positionierung und Mobilisation
- Vorbereitende und nachsorgende Tätigkeiten nach klar vorgegebenen Standards bei definierten diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen im Setting der Langzeitpflege in stabilen Pflegesituationen unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson
- Beobachtung von Veränderungen im Gesundheitszustand sowie der Selbstpflegefähigkeit der Bewohner*innen und zeitnahe Weitergabe an die Pflegefachpersonen
- Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten im vorgegebenen Rahmen
- Bei gesundheitlichen Verschlechterungen oder Notfällen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen Entscheidungen
- Unterstützende Mitwirkung bei der Förderung von Selbstständigkeit und Beteiligung der Bewohner*innen im Alltag, ohne beratende oder steuernde Funktion
- Weitergabe relevanter Beobachtungen an die Pflegefachperson zur Nutzung in der interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen)
- Alle Tätigkeiten erfolgen unter Einhaltung geltender Hygiene- und Sicherheitsstandards

Koordination & Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen, Therapeut*innen und anderen Berufsgruppen in unterstützender Funktion
- Teilnahme an Fallbesprechungen und Teambesprechungen zur Informationsweitergabe, ohne Steuerungs- oder Entscheidungsbefugnis
- Verlässliche Unterstützung bei der Organisation von Arbeitsabläufen im Team, ohne eigenständige Koordination oder Priorisierung
- Zeitgerechte Informationsweitergabe zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität im pflegerischen Langzeitverlauf im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Vorgaben der Pflegefachperson sowie sachgerechte schriftliche bzw. digitale Dokumentation relevanter Informationen
- Informationsweitergabe an Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige ausschließlich im Rahmen der eigenen Zuständigkeit; umfassende Beratung obliegt der Pflegefachperson
- Deeskalierendes Mitwirken bei Konflikten im Team oder im Kontakt mit Bewohner*innen, ohne eigenständige Entscheidungs- oder Steuerungsfunktion
- Bei kritischen Situationen oder akuten Veränderungen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals

Qualität & Organisation

- Einhaltung von Hygienestandards und Sicherheitsvorgaben im eigenen Aufgabenbereich
- Beobachtung von Risikofaktoren (z. B. Veränderungen des Hautbildes, Mobilität) sowie vollständige, zeitnahe und nachvollziehbare Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und Beobachtungen
- Zeitnahe Weitergabe von Auffälligkeiten, Risiken oder Abweichungen an die Pflegefachperson; Bewertung, Neueinschätzung und Maßnahmenplanung erfolgen durch die Pflegefachperson
- Meldung von Fehlern, Abweichungen oder Beinahefehlern gemäß einrichtungsinternen Verfahren (z. B. CIRS)
- Bei Risiken, akuten Veränderungen oder Notfällen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen Entscheidungen
- Sorgfältiger Umgang mit Materialien und Hilfsmitteln im Rahmen der eigenen Zuständigkeit
- Unterstützung bei der Umsetzung einrichtungsinterner Standards im eigenen Handlungsfeld
- Teilnahme an regelmäßigen Schulungen zu Hygiene-, Sicherheits- und Qualitätsstandards

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Zuwendungsvolle, respektvolle und kultursensible Beziehungsgestaltung mit Bewohner*innen
- Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und sozialer Teilhabe im Lebensalltag der Langzeitpflege
- Förderung der Selbstständigkeit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Anleitung der Pflegefachperson
- Motivation und begleitende Unterstützung der Bewohner*innen zu selbständigem Handeln im Alltag in stabilen Pflegesituationen
- Beobachtung von Ressourcen, Selbstpflegefähigkeiten und möglichen Einschränkungen bei Bewohner*innen sowie zeitnahe Rückmeldung an die Pflegefachperson bei Unterstützungsbedarf
- Unterstützung erfolgt individuell angepasst sowie diversitäts- und kultursensibel und ausschließlich in Rücksprache mit der Pflegefachperson
- Keine eigenständige Pflegeberatung, Bewohner*innenedukation, Schulung oder Evaluation; diese sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses
- In kritischen Situationen oder bei Anzeichen von Überforderung unverzügliche Information der Pflegefachperson

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Abgeschlossene Ausbildung als Pflegefachassistent*in nach Pflegefachassistentengesetz oder eine gleichwertige landesrechtlich geregelte pflegerische Assistenzqualifikation

Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegefachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung notwendig.

11. Persönliche Eigenschaften:

- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit und Verantwortungsbewusstsein
- Belastbarkeit und Flexibilität im Schichtdienst
- Respektvoller, wertschätzender Umgang mit Bewohner*innen, An- und Zugehörigen und Kolleg*innen
- Empathie und Freude an der Arbeit mit älteren und pflegebedürftigen Menschen
- Geduld, Ausgeglichenheit und Einfühlungsvermögen
- Sensibilität im Umgang mit demenziell veränderten Bewohner*innen
- Bereitschaft zur Anleitung durch Pflegefachpersonen und zur kollegialen Zusammenarbeit
- Fähigkeit, Beobachtungen klar und zeitnah an die Pflegefachperson weiterzugeben
- Bereitschaft zur persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Orientierung an ethischen Werten und einem humanistischen Menschenbild sowie an berufsethischen Prinzipien (z. B. Würde des Menschen, Gleichbehandlung, ICN-Ethikkodex)
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Alter, chronischer Erkrankung, Pflegebedürftigkeit und Sterben
- Fähigkeit, Feedback konstruktiv zu geben und anzunehmen sowie das eigene Handeln kritisch zu reflektieren
- Kommunikationsfähigkeit (klar, adressat*innengerecht, situationsangemessen)
- Konfliktfähigkeit und deeskalierendes Verhalten im Team sowie im Kontakt mit Bewohner*innen und An- und Zugehörigen
- Sorgfalt und Verlässlichkeit bei schriftlicher und digitaler Dokumentation unter Beachtung rechtlicher Vorgaben
- Interkulturelle Sensibilität und respektvoller Umgang mit Vielfalt (z. B. Sprache, Kultur, Religion, Lebensformen)
- Sicherheitsbewusstsein sowie Bereitschaft, Risiken und Auffälligkeiten unverzüglich an Pflegefachpersonen weiterzugeben
- Sensibilität im Umgang mit kognitiven Einschränkungen (z. B. Demenz) und herausfordernden Verhaltensweisen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit
- Zuwendungsorientiertes Arbeiten und Fähigkeit, tragfähige Beziehungen in längerfristigen Betreuungssituationen aufzubauen

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. Schichtdienst unter Berücksichtigung von Dienstplansicherheit und individueller Verfügbarkeiten]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation

Die Pflegefachassistentenzperson arbeitet im unmittelbaren Versorgungsalltag eng mit allen an der Versorgung Beteiligten zusammen – insbesondere mit Pflegefachpersonen, Ärzt*innen, Therapeut*innen und Sozialdiensten. Sie gibt Informationen ausschließlich im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach klar vorgegebenen, schriftlich fixierten Standards weiter, unterstützt die Sicherstellung der Versorgungskontinuität und leitet relevante Beobachtungen zeitnah und strukturiert an die zuständige Pflegefachperson weiter. Die Zusammenarbeit mit weiteren Funktionsbereichen und externen Leistungserbringern (z. B. Therapiedienste, Sozialdienste, hauswirtschaftliche Dienste) erfolgt unterstützend im Rahmen stabiler, standardorientierter Abläufe; eine koordinierende oder steuernde Rolle übernimmt die Pflegefachassistentenzperson nicht. Kontakte zu An- und Zugehörigen sowie rechtlichen Betreuer*innen erfolgen unter Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes sowie ausschließlich in Abstimmung mit der Pflegefachperson und mit Fokus auf eine kontinuierliche, beziehungsorientierte Versorgung. Eigenständige Beratung, externe Koordination oder fallübergreifende Netzwerkarbeit sind nicht Bestandteil der Rolle. Relevante Informationen aus der Zusammenarbeit sind sachgerecht sowie schriftlich bzw. digital zu dokumentieren. Konflikte im Team oder mit An- und Zugehörigen oder Betreuer*innen werden nicht eigenständig bearbeitet, sondern an die Pflegefachperson weitergeleitet; die Pflegefachassistentenzperson wirkt hierbei unterstützend und deeskalierend mit.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen interner Fortbildungen und durch die schrittweise Vertiefung grundlegender pflegerischer Kompetenzen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Anleitung (z. B. pflegerische Beobachtung, Kommunikation, Dokumen-

tation und sichere Anwendung standardisierter Abläufe im Kontext der stationären Langzeitpflege). Die Teilnahme an verbindlichen Pflichtfortbildungen (z. B. Hygiene, Notfallmanagement, Datenschutz) ist vorgesehen; darüber hinaus können pflegfachlich relevante Fortbildungen, insbesondere zu Demenzbegleitung, Validation, palliativer Pflege sowie zum Umgang mit chronischen Erkrankungen, einschließlich Schulungen zu digitalen Dokumentationssystemen und einrichtungsspezifischen Assistenzsystemen, im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten der Einrichtung angeboten werden. Die berufliche Entwicklung der Pflegefachassistenzperson wird durch strukturierte Entwicklungsformate (z. B. regelmäßige Mitarbeitergespräche, individuelle Lernziele, Reflexions- oder praxisbezogene Begleitangebote) begleitet. Fortbildungen erfolgen in der Regel arbeitszeitintegriert und nach Maßgabe der einrichtungsspezifischen Regelungen. Eine Weiterentwicklung über die Assistenzrolle hinaus erfolgt nicht innerhalb des Stellenprofils. Bei entsprechendem Interesse kann jedoch eine berufliche Weiterqualifikation in Richtung Pflegefachperson (BAPID Typ III) auch im Hinblick auf die Arbeit in der Langzeitpflege im Rahmen klar definierter Bildungswege unterstützt werden. Die Entwicklungsperspektive ist ausdrücklich an die Einhaltung der Kompetenzgrenzen der Pflegefachassistenz gebunden; eine schleichende Aufgabenerweiterung oder Kompetenzüberschreitung ist nicht vorgesehen.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einrichtung stellt einen standardisierten und strukturierten Einarbeitungsprozess sicher, der auf einem schriftlich dokumentierten Einarbeitungsplan basiert und durch eine benannte Pflegefachperson angeleitet und begleitet wird. Der Einarbeitungsprozess berücksichtigt die Besonderheiten der stationären Langzeitpflege, insbesondere die beziehungsorientierte Pflege, den Umgang mit chronischen Erkrankungen sowie mit kognitiv beeinträchtigten Bewohner*innen. Für neue Mitarbeitende wird eine feste Mentorin bzw. ein fester Mentor (Pflegefachperson) benannt, die bzw. der als kontinuierliche Ansprechperson während der Einarbeitungsphase zur Verfügung steht. Praxisanleitende werden – sofern vorhanden – als qualifizierte Ansprechpersonen in die Einarbeitung einbezogen. Die Einarbeitung umfasst eine dokumentierte Begleitung, regelmäßige Rückmeldegespräche sowie ein Abschlussgespräch zur Einschätzung der Handlungssicherheit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit im langzeitpflegerischen Alltag. Feedback ist dabei ausdrücklich in beide Richtungen möglich (Mitarbeitende ↔ Einrichtung). Die Pflegefachassistenzperson nimmt an strukturierten Reflexions- und Austauschformaten teil. Regelmäßige Supervision und kollegiale Beratung werden als unterstützende Angebote vorgesehen, um Belastungen zu reflektieren und professionelles Handeln zu sichern, insbesondere im Umgang mit herausfordernden Pflegesituationen, langfristigen Pflegebeziehungen und emotional belastenden Versorgungssituationen. Besonderes Augenmerk liegt auf der standardorientierten und sicheren Durchführung der im Rahmen der Assistenzrolle vorgesehenen Tätigkeiten, der Beachtung klarer Delegations- und Leitungsstrukturen sowie der Reflexion eigener Grenzen. Auch nach Abschluss der Einarbeitung wird die fachliche Begleitung im Team fortgeführt (z. B. durch Teamreflexionen oder Fallbesprechungen), insbesondere zur Sicherstellung einer kontinuierlichen, beziehungsorientierten Pflege, ohne dass hiermit eine Erweiterung der Verantwortungsbereiche verbunden ist.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der Pflegefachassistenzperson (BAPID Typ II) ist eine isolierte Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle nicht vorgesehen. Die Tätigkeit der Pflegefachassistenzperson ist stets in team- und prozessbezogene Versorgungsstrukturen eingebettet; eine personenbezogene Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die Stelle ist in ein professionelles Arbeitsumfeld eingebettet. Die Organisation bietet kontinuierliche fachliche Unterstützung durch Pflegefachpersonen, eine standardisierte und strukturierten Einarbeitungsprozess, regelmäßige Dienstübergaben und eine enge Anleitung im Team. Digitale Dokumentationssysteme und transparente Kommunikationsstrukturen gewährleisten eine verlässliche Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team der stationären Langzeitpflege. Teamgespräche, Feedbackformate und Beteiligungsmöglichkeiten fördern Mitgestaltung und Identifikation mit der Einrichtung. Aufgrund der langfristigen und kontinuierlichen Betreuungssituationen ist eine enge, verlässliche Zusammenarbeit im Team sowie mit Bewohner*innen und deren An- und Zugehörigen unter Anleitung und in Abstimmung mit der Pflegefachperson von besonderer Bedeutung.

1. Kompetenzprofil

Pflegefachperson – Langzeitpflege – BAPID Typ III

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung einer personenzentrierten, standardorientierten und leitlinienbasierten Pflege in der stationären Langzeitpflege. Ziel ist die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses als fachgerechte, standard-, leitlinien- und situationsorientierte Umsetzung pflegerischer Maßnahmen sowie die aktive Förderung von Lebensqualität, sozialer Teilhabe und Selbstständigkeit und Gesundheitskompetenz der Bewohner*innen nach geltenden Standards. Die Stelle umfasst zudem die pflegefachliche Beratung, Schulung und Anleitung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 und § 5 Pflegeberufegesetz (PflBG). Die Pflegefachperson Typ III handelt im Pflegeprozess eigenverantwortlich innerhalb geltender Standards, Leitlinien und organisationsbezogener Vorgaben und zieht die Pflegefachperson Typ IV bei Fragen der fachlichen Begründung, kritischen Einordnung, kontextbezogenen Anpassung oder Weiterentwicklung pflegerischer Praxis hinzu.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz der Pflegefachperson (BAPID Typ III) erfolgt in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege (z. B. Pflegeheime, Einrichtungen der vollstationären Altenpflege) mit überwiegend langfristigen Pflege-, Betreuungs- und Begleitverläufen. Bewohner*innengruppen, pflegerische Schwerpunkte (z. B. gerontologische Pflege, Demenzpflege, palliative Versorgung), Teamzusammensetzung, technische Ausstattung sowie Schnittstellen der interdisziplinären Zusammenarbeit sind einrichtungsspezifisch festzulegen.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ III (AX/P3/S0)
Qualifikationsniveau	Abgeschlossene generalistische Pflegeausbildung nach Pflegeberufegesetz (Pflegefachfrau/Pflegefachmann) mit staatlichem Examen und Berufszulassung. Gleichgestellt sind frühere staatlich anerkannte Pflegeausbildungen (z. B. Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege). Akademische Abschlüsse sind möglich, jedoch für die Ausübung der Rolle BAPID Typ III nicht zwingend erforderlich.
Verortung im Kompetenzrahmen	Die Pflegefachperson mit eigenverantwortlicher Durchführung, Steuerung und Evaluation des gesamten Pflegeprozesses gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) in der stationären

Langzeitpflege als regelgeleitete, situations-angemessene Umsetzung pflegerischer Maßnahmen.

Die Pflegefachperson Typ III übernimmt die gesetzlichen Vorbehaltsaufgaben (Pflegebedarfserhebung, Pflegeplanung, Durchführung, Evaluation sowie Beratung, Schulung und Anleitung von Bewohner*innen und An- und Zugehörigen).

Sie trägt die fachliche Verantwortung für die Anleitung, Begleitung und Einarbeitung von Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II) sowie für die Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Auszubildenden im Kontext langfristiger Pflege- und Betreuungsverläufe.

Aufgaben der wissenschaftsbasierten Begründungstiefe, systematischen Reflexion, kontextbezogenen Anpassung und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis sind nicht Bestandteil von BAPID Typ III und werden der Pflegefachperson Typ IV zugeordnet.

5. Berufliche Rolle

Die Pflegefachperson (BAPID Typ III) ist die zentrale pflegerische Fachkraft in der stationären Langzeitpflege und trägt die eigenverantwortliche fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess gemäß § 4 Pflegeberufgesetz. Sie erhebt den Pflegebedarf, plant, steuert, führt durch und evaluiert pflegerische Maßnahmen im Rahmen langfristiger, stabiler und sich verändernder Pflegeverläufe standard-, leitlinien- und situationsorientiert und verantwortet die pflegerische Beratung, Schulung und Anleitung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen. Bei Veränderungen des Gesundheitszustands oder pflegerischen Bedarfs handelt sie umsichtig, setzt fachlich begründete Prioritäten und leitet angemessene pflegerische Maßnahmen ein; in Notfall- und Krisensituationen innerhalb der Langzeitpflege leistet sie qualifizierte Erste-Hilfe-Maßnahmen und initiiert erforderliche Schritte im Rahmen ihrer beruflichen Verantwortung. Auch in herausfordernden Situationen handelt sie professionell, situationsangemessen und standardorientiert und übernimmt Verantwortung für Qualität und Sicherheit der pflegerischen Versorgung. Sie delegiert Aufgaben an Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II) im Rahmen deren Qualifikation, leitet diese fachlich an und überprüft die sachgerechte Durchführung. Im interprofessionellen und interdisziplinären Team (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten) bringt sie pflegerische Expertise aktiv in die Abstimmung der Versorgung im Kontext langfristiger Betreuung und Versorgung ein. Bei Bedarf nutzt sie die Expertise der Pflegefachperson Typ IV für fachliche Begründung, kritische Einordnung und kontextbezogene Anpassung pflegerischen Handelns sowie für die Weiterentwicklung der Praxis im Wohn-, Bereichs- oder Teamkontext. Darüber hinaus beteiligt sie sich an Qualitätssicherung, Bewohner*innensicherheit und der Weiterentwicklung pflegerischer Standards und übernimmt eine zentrale Rolle in Anleitung, Begleitung und Einarbeitung von Auszubildenden, neuen Mitarbeitenden und Pflegefachassistentenpersonen. Ihr Handeln ist geprägt von professionellem beruflichem Selbstverständnis, ethischer Verantwortung, reflektierter Entscheidungsfindung sowie einer beziehungs- und lebensweltorientierten, personenzentrierten und verantwortungsbewussten Haltung gegenüber Bewohner*innen, An- und Zugehörigen und dem Team.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen des Pflegeberufgesetzes (PflBG) sowie an den einschlägigen sozialrechtlichen Vorgaben des SGB V und XI, berufsrechtlichen Vorgaben und datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die pflegerischen Tätigkeiten erfolgen selbstständig und eigenverantwortlich im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben und nach geltenden pflegerischen Standards gemäß § 4 PflBG. Die Pflegefachperson BAPID Typ III trägt aktiv zur Umsetzung einrichtungs- und bereichsbezogener Regelungen der stationären Langzeitpflege bei und sichert die Qualität der pflegerischen Versorgung durch standardorientiertes, beziehungs- und lebensweltbezogenes Handeln. Sie gestaltet den Pflegeprozess eigenverantwortlich von der Erhebung des Pflegebedarfs über Planung, Durchführung und Dokumentation bis zur Evaluation pflegerischer Maßnahmen und übernimmt eine zentrale Rolle bei der pflegerischen Abstimmung im interprofessionellen Team sowie mit An- und Zugehörigen. Sofern einschlägig erfolgen heilkundliche Tätigkeiten ausschließlich im Rahmen gesetzlich geregelter Heilkundeübertragung (vgl. § 4a PflBG i. V. m. den Regelungen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes) und nach organisationsbezogener Regelung/Qualifikationsnachweis. Bei Bedarf an vertiefter fachlicher Begründung, kritischer Bewertung oder kontextbezogener Anpassung von Pflegepraxis erfolgt vorrangig eine fachliche Anbindung an Pflegefachpersonen des BAPID Typ IV sowie an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die Pflegefachperson übernimmt im Rahmen ihrer Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG sowie – sofern einschlägig – nach § 4a PflBG (Heilkundeübertragung) Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung, pflegerische Planung, Anpassung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen standard-, leitlinien- und situationsorientiert im Setting der stationären Langzeitpflege. Sie erhebt und stellt den individuellen Pflegebedarf fest, trifft eigenverantwortlich Entscheidungen zur Pflegeplanung auf pflegerischer Ebene im Rahmen geltender Standards und passt pflegerische Maßnahmen kontinuierlich und fachgerecht an individuelle Bedürfnisse der Bewohner*innen an. Die Pflegefachperson delegiert Aufgaben an Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II) im Rahmen der rechtlichen Vorgaben; Vorbehaltsaufgaben sind nicht delegierbar, und sie trägt die rechtliche und haftungsrechtliche Verantwortung für ihr eigenes Handeln sowie für Delegationsentscheidungen. Sie berät, schult und leitet Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige im Rahmen des Pflegeprozesses und handelt situativ angemessen bei Veränderungen des Pflege- und Gesundheitszustands sowie in pflegerisch relevanten Krisensituationen. Zudem beteiligt sie sich an der internen Qualitätssicherung, wirkt an der Umsetzung geltender pflegerischer Standards mit und übernimmt eine zentrale Rolle in der pflegerischen Koordination innerhalb des interprofessionellen Teams der Einrichtung. Die Pflegefachperson dokumentiert vollständig, standardorientiert und zeitnah und übergibt relevante Informationen strukturiert zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität über Schicht- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg. Wenn Standards/Leitlinien im konkreten Kontext begründungsbedürftig, widersprüchlich oder anpassungsbedürftig sind, erfolgt die fachliche Rückkopplung an die Pflegefachperson Typ IV (wissenschaftsbasiertes Einordnen, kritische Bewertung, kontextbezogene Anpassung/ Weiterentwicklung).

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Werten auf Grundlage eines humanistischen Menschenbildes sowie der Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG) – Explizite Orientierung an allgemein anerkannten berufsethischen Leitlinien (z. B. ICN-Ethikkodex, nationale berufsethische Standards) – Eigenverantwortung, Verlässlichkeit und ausgeprägte Selbstreflexionsfähigkeit – Professionelle Nähe-Distanz-Gestaltung – Empathisches, bewohner*innenorientiertes und ressourcenschonendes Handeln – Aktive Stärkung der Autonomie, Selbstbestimmung und Partizipation der Bewohner*innen – Wissen und Verständnis für das Erleben von Krankheit, chronischer Erkrankung, Krise, Verlust, Vulnerabilität, Abhängigkeit, Traumatisierung und Todesnähe – Professioneller Umgang mit herausforderndem Verhalten von Bewohner*innen im Kontext von Einschränkungen, kognitiven Veränderungen oder psychosozialer Belastung – Sensibilität für Diversität sowie Gender-, Kultur- und Inklusionsaspekte im pflegerischen Handeln – Achtsamer Umgang mit eigenen Belastungsgrenzen, Selbstfürsorge und Resilienz als Bestandteil professioneller Haltung – Einhaltung rechtlicher und institutioneller Vorgaben (u. a. Schweigepflicht, Datenschutz, Bewohner*innenrechte) – Sichtbares professionelles Auftreten und verantwortungsbewusstes Handeln als zentrale Fachperson im Pflorgeteam – Reflektiert kontinuierlich eigene Wertvorstellungen und trifft ethische Entscheidungen eigenverantwortlich im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben; bei begründungs- oder reflexionsintensiven ethischen Fragestellungen erfolgt die Abstimmung mit Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) oder entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen
Pflegerische Versorgungspraxis	– Sach- und fachgerechte Durchführung basis- und behandlungspflegerischer Maßnahmen nach Standards und rechtlichen Vorgaben – Eigenständige Erhebung des Pflegebedarfs, Anwendung geeigneter pflegerischer Assessments sowie Planung, Durchführung, Anpassung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß § 4 PflBG

-
- Pflegeplanung und Dokumentation vollständig, standardorientiert und zeitnah gemäß gesetzlicher Vorgaben und einrichtungsinterner Standards
 - Wahrnehmung, Einschätzung und Berücksichtigung der Bedürfnisse, Ressourcen und Wünsche der Bewohner*innen, auch bei eingeschränkter oder fehlender verbaler Kommunikationsfähigkeit
 - Förderung der Selbstständigkeit im Alltag sowie der Selbstpflegefähigkeit und Alltagskompetenz durch aktivierende Pflege im eigenen Verantwortungsbereich
 - Individuelle Pflege auf Basis geltender pflegerischer Standards, leitlinienorientierten Fachwissens und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse
 - Sach- und fachgerechte Durchführung pflegerischer Maßnahmen nach Expertenstandards (z. B. Hygiene-, Schmerz-, Wund- und Kontinenzmanagement)
 - Fachliche Verantwortung für Information, Begleitung und pflegerische Beobachtung von Bewohner*innen bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen im Rahmen der Einrichtung
 - Selbstständiges Handeln in Notfallsituationen (inkl. Ersteinschätzung und Einleitung von Sofortmaßnahmen)
 - Beobachtung und Einschätzung des Gesundheitszustands sowie fachliche Bewertung und eigenständige Anpassung pflegerischer Maßnahmen im Rahmen geltender Standards
 - Beratung, Anleitung und Edukation von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen des Pflegeprozesses
 - Unterstützung und Förderung von Bewohner*innen mit demenziellen Veränderungen unter Anwendung validierender und biografieorientierter Ansätze
 - Begleitung in palliativen Situationen und Sterbebegleitung
 - Mitwirkung an Gesundheitsförderung sowie sekundärer und tertiärer Prävention im Setting der stationären Langzeitpflege
 - Interprofessionelle Zusammenarbeit und pflegerische Koordination innerhalb der Einrichtung
 - Sichere Nutzung digitaler Dokumentationssysteme im pflegerischen Verantwortungsbereich
 - Mitwirkung an Qualitätssicherung und -entwicklung (z. B. Pflegevisiten, interne Standards)
 - Reflektierter Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen (z. B. Autonomie, Schutzbedürftigkeit, Therapiebegrenzung)
-

	– Bei Bedarf an vertiefter fachlicher Begründung oder kontextbezogener Anpassung pflegerischer Maßnahmen erfolgt Rückkopplung an Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV)
Kommunikation & Kooperation	– Aktive Teilnahme an Dienstbesprechungen, Übergaben, Fallbesprechungen – Transparente, wertschätzende und proaktive Kommunikation mit Kolleg*innen und Vorgesetzten – Situationsangemessene, validierende und wertschätzende Kommunikation mit Bewohner*innen, An- und Zugehörigen sowie Ärzt*innen auch in kommunikativen Belastungs- oder Ablehnungssituationen (z. B. Angst, Misstrauen, herausforderndes Verhalten) – Gestaltung situationsangemessener Kommunikation auch bei kognitiven, sprachlichen oder sensorischen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz, Hörbeeinträchtigung) – Wahrnehmung und Berücksichtigung von Bedürfnissen und Wünschen von Bewohner*innen, auch wenn diese nicht oder nur eingeschränkt verbal kommuniziert werden können – Konstruktive Rückmeldungen geben und annehmen (Feedback-Kultur) – Beratung, Anleitung und Edukation von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen des Pflegeprozesses – Kooperation mit internen und externen Partner*innen – Enge Zusammenarbeit und abgestimmtes Handeln im pflegerischen und interprofessionellen Team, einschließlich Pflegefachassistenzpersonen sowie entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen – Informationsweitergabe zur Sicherstellung der Informationskontinuität bei Verlegungen und Schnittstellen – Langfristige, vertrauensvolle Kommunikation mit Bewohner*innen und An- bzw. Zugehörigen zur Sicherstellung der Beziehungskontinuität – Sichere Nutzung digitaler Kommunikations- und Dokumentationssysteme unter Beachtung von Datenschutz- und IT-Sicherheitsvorgaben – Konstruktiver Umgang mit Konflikten im Team sowie mit Bewohner*innen und An- und Zugehörigen – Klare und strukturierte Kommunikation in Krisen- und Notfallsituationen – Sensibler und professioneller Umgang mit sprachlichen, kulturellen und religiösen Unterschieden
Gesundheitsförderung & Prävention	– Bedarfserhebung zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen unter Nutzung geeigneter pflegerischer Assessments (z. B. Sturzrisiko, Ernährungsstatus, Dekubitusrisiko) und Einbindung in die Pflegeplanung

-
- Umsetzung primärer, sekundärer und tertiärer präventiver Maßnahmen im Alltag nach geltenden evidenzbasierten Standards
 - Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Bewohner*innen
 - Aktivierende Pflege zur Förderung von Selbstständigkeit, Funktionsfähigkeit und Erhalt vorhandener Ressourcen
 - Förderung der sozialen Teilhabe und Alltagsgestaltung unter Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten
 - Förderung von Selbstständigkeit, Teilhabe und Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
 - Vermittlung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) zur Unterstützung informierter Entscheidungen und eines selbstständigen Umgangs mit Gesundheit und Erkrankung
 - Beratung, Anleitung und Schulung von Bewohner*innen zu Symptomen, Krankheitsverläufen, Nebenwirkungen von Therapien sowie zur Selbstversorgung (z. B. Wundversorgung, Umgang mit Medikation) im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach PflBG
 - Einbeziehung, Beratung und Edukation von An- und Zugehörigen im Sinne einer beziehungs- und lebensweltorientierten Pflege
 - Partizipative Planung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen unter Einbezug der Bewohner*innen
 - Berücksichtigung des Settings der stationären Langzeitpflege bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen
 - Beachtung der gesetzlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere Pflegeberufegesetz) im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit
 - Reflexion und Förderung der eigenen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Sinne professioneller Selbstfürsorge
-

Organisation & Planung

- Planung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen eigenverantwortlich nach geltenden pflegerischen Leitlinien, Standards und rechtlichen Vorgaben
 - Anwendung des Pflegeprozesses unter Berücksichtigung individueller Bedarfe unter Einbezug der Perspektiven von Bewohner*innen und An- und Zugehörigen sowie einer ICF-orientierten Bedarfsfeststellung
 - Priorisierung von Aufgaben und strukturierte Steuerung pflegerischer Maßnahmen auf Grundlage pflegefachlicher Einschätzung und professioneller Entscheidungsfindung
 - Überblick über Arbeitsabläufe und strukturiertes Zeitmanagement mit Fokus auf Bewohner*innen- und Versorgungssicherheit sowie die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen
-

	– Flexibles Reagieren auf Änderungen im Tagesgeschehen unter Berücksichtigung von Krisenmanagement, Resilienz und interprofessioneller Abstimmung – Mitwirkung an der Organisation des Personaleinsatzes im eigenen Zuständigkeitsbereich durch Einschätzung des Pflegeaufwandes und strukturierte Weitergabe relevanter Informationen in Abstimmung mit PDL/Teamleitung – Berücksichtigung individueller Ressourcen der Bewohner*innen bei der Planung pflegerischer Maßnahmen – Mitwirkung an qualitäts- und risikoorientierten Organisationsprozessen (z. B. Fehlerprävention, Nutzung interner Meldesysteme, Umsetzung einrichtungsinterner Qualitätsstandards) – Nutzung digitaler Systeme zur Unterstützung von Organisation und Planung (z. B. elektronische Pflegedokumentation, digitale Planungs- und Kommunikationssysteme) – Abgestimmte Organisation pflegerischer Maßnahmen im interprofessionellen Kontext (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten) – Ethisch reflektierte Prioritätensetzung in Situationen begrenzter Ressourcen
Leadership	– Delegation von Aufgaben an nachgeordnete Mitarbeitende gemäß Qualifikationsniveau (QN) und unter fachlicher Anleitung unter Wahrung der rechtlichen Verantwortung, Aufsichtspflicht und Haftung; die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung verbleibt bei der delegierenden Pflegefachperson; eine Substitution von Vorbehaltsaufgaben ist ausgeschlossen – Unterstützung neuer Kolleg*innen und Mitverantwortung für Arbeitsabläufe im Rahmen einer strukturierten und standardisierten Einarbeitung (z. B. anhand von Einarbeitungskonzepten, Standards und Checklisten) – Beteiligung an Teamentwicklung und Qualitätssicherung durch aktive Mitwirkung an Reflexions-, Lern- und Feedbackprozessen (z. B. kollegiale Beratung, Feedbackkultur) sowie Förderung einer konstruktiven Team- und Verantwortungskultur – Situative Übernahme von Leitungsverantwortung im eigenen Bereich als zeitlich begrenzte Führungsfunktion mit Verantwortung für Bewohner*innensicherheit, Ressourcenübersicht und pflegerische Abstimmung im Team – Einbindung pflegfachlicher Empfehlungen sowie fachliche Rückkopplung mit entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV/V) bei begründungs- oder abstimmungsintensiven pflegerischen Fragestellungen – Unterstützung eines zeitgemäßen, geteilten Führungsverständnisses (Shared Leadership) im pflegerischen Arbeitskontext

Qualität & Sicherheit	– Umsetzung interner Standards und qualitätssichernder Maßnahmen einschließlich aktiver Mitwirkung an deren Weiterentwicklung nach geltenden Leitlinien und DNQP-Expertenstandards – Fachlich korrekte Dokumentation vollständig, zeitnah, digital und DSGVO-konform nach einrichtungsinternen Vorgaben unter Beachtung haftungsrechtlicher Anforderungen – Beobachtung und Weitergabe relevanter Pflege-informationen strukturiert (z. B. nach standardisierten Übergabeformaten) sowie unverzügliche Weitergabe von relevanten Zustandsveränderungen – Nutzung und Pflege von Hilfsmitteln, Materialien, Dokumentations-systemen unter Verantwortung für sachgerechte Anwendung und regelmäßige Sicherheitskontrolle – Mitwirkung an Risikoerfassung und -vermeidung (z. B. Sturzprophylaxe) durch eigenverantwortliche Risikoerfassung, Maßnahmenableitung und Evaluation im Rahmen geltender Standards – Hygienisches Arbeiten entsprechend aktueller Richtlinien unter Mit-verantwortung für Infektionsprävention, Arbeits- und Bewohner*innensicherheit – Mitwirkung an der Analyse und Evaluation pflegerischer Qualität, z. B. durch Beteiligung an Pflegevisiten, internen Audits und qualitätsverbessernden Maßnahmen im Team – Aktive Beteiligung an einer offenen Fehler- und Sicherheitskultur (z. B. Nutzung interner Meldesysteme) sowie situationsgerechtes Handeln in Notfall- und Krisensituationen – Regelmäßige Teilnahme an verpflichtenden Fortbildungen zu Qualität, Sicherheit und Notfallmanagement – Kommunikation eigener Belastungsgrenzen im Team sowie gegenüber Führungspersonen als Bestandteil professioneller Verantwortung
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Einführung, Anleitung und strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II), Auszubildender und Praktikant*innen nach einrichtungsspezifischen Konzepten und mit entsprechender Dokumentation – Fortlaufende Aneignung von Fachkenntnissen durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Fortbildungsplanung sowie Orientierung an aktuellen Leitlinien, Expertenstandards und internen Vorgaben – Eigeninitiative zur Weiterbildung und fachlichen Reflexion (z. B. Fachliteratur, interne Impulse sowie reflexives Lernen anhand von Fallbeispielen und Lebens- bzw. Krankheitsgeschichten) – Anleitung von Teammitgliedern, Auszubildenden, Praktikant*innen, FSJ/BFD unter Berücksichtigung vorgegebener Ausbildungsstandards

	in klarer Abgrenzung zur gesetzlich geregelten Praxisanleitung (keine alleinverantwortliche Praxisanleitung) – Vermittlung professioneller Haltung (z. B. Ethik, Nähe-Distanz, Verantwortungsbewusstsein) im Rahmen der Anleitung und Zusammenarbeit – Mitwirkung an kollegialer Beratung, Supervision, Coaching und Fallbesprechungen sowie aktive Mitwirkung an einer konstruktiven Feedback- und Lernkultur im Team – Unterstützung der Praxisanleitung im Ausbildungsprozess ohne Übernahme der formalen Verantwortung – Nutzung digitaler Lernformate (z. B. E-Learning, digitale Schulungssysteme) im Rahmen der Einrichtung – Offenheit für berufliche Weiterentwicklung (z. B. Fachweiterbildungen, Studium) im Rahmen individueller Entwicklungswege
Technologie & E-Health	– Nutzung von digitalen Dokumentationssystemen sowie einrichtungsbezogenen Informationssystemen im pflegerischen Verantwortungsbereich – Unterstützung bei digitalen Versorgungsprozessen (z. B. elektronische Verlaufsdokumentation, digital unterstützte Pflegeplanung) – Umgang mit technischen Hilfsmitteln (z. B. Hebehilfen, Infusionspumpen) unter Verantwortung für sachgerechte Anwendung und regelmäßige Funktionskontrolle – Anwendung und Nutzung medizinisch-technischer Geräte ausschließlich nach fachgerechter Einweisung gemäß MPG/MDR – Umsetzung einfacher technikgestützter Maßnahmen (z. B. Vitaldaten digital erfassen) einschließlich digitaler Erfassung, Überwachung und pflegfachlicher Einordnung im Rahmen der Aufgaben – Zeitgerechte und strukturierte Weitergabe auffälliger Werte und relevanter Beobachtungen an zuständige Pflegefachpersonen bzw. Behandlungsverantwortliche – Beratung und Anleitung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen zur Nutzung digitaler Anwendungen im pflegerischen Kontext – Unterstützung von Bewohner*innen beim Einordnen digitaler Gesundheitsinformationen (ohne medizinische Bewertung) – Sicherer Umgang mit digitalen und technischen Systemen unter Beachtung von Datenschutz, Datensicherheit und Schweigepflicht
Selbstmanagement & Empowerment	– Anleitung, Motivation und Befähigung zur Selbstpflege und Gesundheitsförderung

-
- Stärkung der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit von Bewohner*innen sowie Förderung des Selbstwertgefühls durch ressourcenorientiertes Handeln
 - Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, beim Aufbau eines Krankheitsverständnisses sowie beim Erwerb von Selbstmanagementkompetenzen im Rahmen des Pflegeprozesses
 - Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und Förderung der sozialen Teilhabe unter Berücksichtigung biografischer Prägungen und individueller Lebensgewohnheiten
 - Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten als leitendes Prinzip im Rahmen der Möglichkeiten der stationären Langzeitpflege
 - Unterstützung bei der Integration von Therapieanforderungen und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Alltag der Einrichtung
 - Reflexion eigener Belastungsgrenzen sowie Förderung von Selbstfürsorge und gesundheitsförderndem Handeln der Pflegefachperson
-

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Eigenverantwortliche Planung, Organisation, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses bei zugeordneten Bewohner*innen nach geltenden Standards
- Erhebung und Feststellung sowie fortlaufende Einschätzung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs unter Anwendung geeigneter pflegerischer Assessments
- Durchführung basis- und behandlungspflegerischer Maßnahmen nach geltenden pflegefachlichen Standards, Leitlinien und Richtlinien
- Fallverantwortung im Sinne einer personenzentrierten Bezugspflege innerhalb der Vorbehaltsaufgaben gemäß §4 PflBG
- Planung und Steuerung pflegerischer Maßnahmen im Rahmen langfristiger, stabiler und sich verändernder Versorgungssituationen der stationären Langzeitpflege
- Fachgerechte, vollständige und zeitnahe Pflegedokumentation und Informationsweitergabe
- Selbstständiges Handeln in Notfallsituationen (inkl. Ersteinschätzung, Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes und Handeln nach einrichtungsinternen Notfallstandards)
- Fortlaufende und situationsangemessene Erfassung pflegerelevanter Risiken (z. B. Sturz-, Dekubitus-, Selbstgefährdungsrisiken) sowie engmaschige Beobachtung in vulnerablen Situationen
- Begleitung von demenziell veränderten Bewohner*innen unter Anwendung validierender und biografieorientierter Pflegeansätze nach evidenzbasierten Standards

Koordination & Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen
- Enge pflegerische sowie interprofessionelle Zusammenarbeit und Abstimmung im Versorgungsalltag der Einrichtung
- Eigenständige Koordination und Anpassung pflegerischer Abläufe im zugeteilten Arbeitsbereich bei kurzfristigen Veränderungen
- Eigenständige Koordination und Anleitung nachgeordneter Mitarbeitender (z. B. Auszubildende, Pflegefachassistenten BAPID Typ II) unter Beachtung des jeweiligen Qualifikationsniveaus und vorgegebener Standards
- Aktives Einbringen pflegerelevanter Beobachtungen, Einschätzungen und Perspektiven in interprofessionelle Abstimmungen sowie Wahrnehmung der pflegerischen Interessenvertretung der Bewohner*innen
- Beteiligung an Dienst- und Fallbesprechungen, kollegialer Beratung und Supervision
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen sowie Wissenstransfer im Team
- Einbindung entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen (z. B. BAPID Typ IV) bei Bedarf an wissenschaftsbasierter Einordnung, kritischer Bewertung oder kontextbezogener Anpassung pflegerischer Praxis

Qualität & Organisation

- Sicherstellung der Einhaltung von Qualitäts-, Hygiene- und Sicherheitsstandards sowie der Arbeitsschutzvorgaben
- Wirtschaftlicher und fachgerechter Einsatz von Hilfsmitteln und Betriebsmitteln unter Beachtung der Medizinproduktevorgaben (MPG/MDR)
- Fachgerechter und sicherer Umgang mit Arzneimitteln im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit
- Mitwirkung an der Analyse und Evaluation pflegerischer Qualität im eigenen Verantwortungsbereich einschließlich der Beobachtung und Bewertung pflegerelevanter Risiken
- Beachtung von Datenschutzrichtlinien und sorgfältige, standardkonforme sowie zeitnahe digitale Dokumentation
- Aktive Mitwirkung an der Umsetzung, Rückmeldung und kontinuierlichen Verbesserung qualitätssichernder Maßnahmen und des einrichtungsbezogenen Risikomanagements – ohne konzeptionelle oder organisationsweite Gesamtverantwortung

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Beratung und Einbindung von Bewohner*innen, An- und Zugehörigen sowie Betreuer*innen
- Situationsangemessene Information, Anleitung und Beratung zu pflegerelevanten Themen (z. B. Symptomwahrnehmung, Umgang mit Einschränkungen, Pflege- und Therapieverständnis)
- Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement der Bewohner*innen unter Berücksichtigung individueller Lebensstile

- Unterstützung beim pflegerischen Symptommanagement (z. B. Schmerz, Unruhe, Angst) im Rahmen der eigenen pflegefachlichen Zuständigkeit
- Förderung der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit im Pflegeprozess sowie der Selbstwirksamkeit von Bewohner*innen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben
- Reflektierte und kontinuierliche Beziehungsgestaltung mit Fokus auf Vertrauen und Sicherheit sowie professionelle, zielgerichtete Beziehungsgestaltung auch in emotional oder situativ herausfordernden Pflegesituationen

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Abgeschlossene Ausbildung als Pflegefachperson gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG) mit staatlicher Berufszulassung
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegefachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung notwendig.

11. Persönliche Eigenschaften

- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, Kritikfähigkeit, Belastbarkeit, Organisationstalent und Flexibilität
- Ausgeprägte Fähigkeit zu eigenständigem, verantwortungsbewusstem Arbeiten nach geltenden Standards innerhalb der Vorbehaltsaufgaben sowie hohe Sozialkompetenz
- Verantwortungsbewusstsein, Empathie und Freude an der Arbeit mit Menschen im höheren Lebensalter sowie mit chronischen Erkrankungen
- Kommunikationsfähigkeit in Wort und Schrift sowie sichere Abstimmung im pflegerischen und interprofessionellen Team, Kollegialität und professionelles Auftreten
- Körperliche und seelische Stabilität, Ausgeglichenheit, Geduld und Kreativität
- Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Initiative, Konfliktfähigkeit und Urteilsvermögen
- Bereitschaft zur kontinuierlichen persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Strukturierte, reflektierte und verlässliche Arbeitsweise sowie die Fähigkeit, pflegerische Situationen fachlich einzuordnen und begründet zu handeln
- Fähigkeit, Wissen zu vermitteln und nachgeordnete Mitarbeitende qualifikationsgerecht anzuleiten
- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Gestaltung einer professionellen Nähe-Distanz-Balance
- Orientierung an ethischen Werten, einem humanistischen Menschenbild, Artikel 1 GG sowie an allgemein anerkannten berufsethischen Leitlinien (z. B. ICN-Ethikkodex)
- Hohe Sensibilität im Umgang mit demenziell veränderten Bewohner*innen und Bereitschaft zur Anwendung evidenzbasierter, biografieorientierter und validierender Pflegeansätze

- Beziehungsorientiertes und standardorientiertes Arbeiten sowie die Fähigkeit, Vertrauen in langfristigen Betreuungssituationen gezielt aufzubauen
- Bewusstsein dafür, dass persönliche Eigenschaften entwickelbar sind, sowie Bereitschaft zur Reflexion eigener Stärken und Entwicklungsbedarfe im Team
- Professioneller Umgang mit Belastungssituationen sowie Bereitschaft zur Nutzung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. Schichtdienst unter Berücksichtigung von Dienstplan-sicherheit und individueller Verfügbarkeiten]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die Pflegefachperson arbeitet eng mit allen an der Versorgung Beteiligten zusammen – einschließlich Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten und Betreuenden. Sie koordiniert Informationen standardorientiert und eigenverantwortlich, vermittelt situationsangemessen zwischen Berufsgruppen und trägt durch strukturierte Kommunikation und Dokumentation zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität innerhalb der Einrichtung bei. Sie bringt pflegefachliche Beobachtungen und Einschätzungen systematisch in interprofessionelle Abstimmungsprozesse ein. Die Zusammenarbeit umfasst insbesondere die kontinuierliche Abstimmung innerhalb der Einrichtung sowie mit externen Kooperationspartner*innen der stationären Langzeitpflege. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der langfristigen, beziehungsorientierten und biografiegeleiteten Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen sowie gesetzlichen Betreuer*innen, um Versorgungskontinuität, Vertrauen und individuelle Lebensqualität in der stationären Langzeitpflege zu sichern.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet individuelle Entwicklungsperspektiven die sich an den persönlichen Kompetenzen, Interessen, der Berufserfahrung sowie dem jeweiligen Einsatzkontext in der

stationären Langzeitpflege orientieren. Eine Weiterentwicklung erfolgt innerhalb des Rollenprofils der Pflegefachperson Typ III, nach einrichtungsinternen Standards. Eine Entwicklung in Richtung weiterführender Rollenprofile (z. B. Pflegefachperson Typ IV) ist möglich, aber nicht verpflichtend. Die Pflegefachperson Typ III stellt auch im Setting der stationären Langzeitpflege ein eigenständiges, vollwertiges Rollenprofil dar und ist keine Durchgangsstufe. Fort- und Weiterbildungen (z. B. zu Demenzbegleitung, Palliativpflege oder biografieorientierter Pflege) können im Rahmen der Personalentwicklung unterstützt werden, sofern sie den individuellen Entwicklungszielen sowie den Anforderungen der Einrichtung entsprechen. Entwicklungswege werden personenspezifisch vereinbart und im Rahmen der Personalentwicklung begleitet.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einrichtung stellt einen standardisierten und strukturierten Einarbeitungsprozess sicher, der durch erfahrene Kolleg*innen fachlich angeleitet und begleitet wird. Der Einarbeitungsprozess kann – abhängig von Einrichtung und Einsatzbereich – über einen längeren Zeitraum ausgestaltet werden und dient als Orientierungsrahmen. Regelmäßige Reflexions- und Mitarbeitergespräche sind fester Bestandteil der Personalentwicklung. Supervision und Mentoring können als kontinuierliche, unterstützende Begleitformate genutzt werden; ihre Ausgestaltung erfolgt einrichtungs- und kontextabhängig. Die Pflegefachperson wirkt an der Anleitung von Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II), Pflegehilfspersonen und Auszubildenden mit, abgestimmt auf deren Qualifikationsniveau und nach einrichtungsinternen Standards, ohne Übernahme der gesetzlich geregelten Praxisanleitung. Kollegiale Beratung und fallbezogene Teamentwicklung sind Bestandteil des Stellenprofils. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der standardorientierten und sicheren Gestaltung des Pflegeprozesses in stabilen Versorgungssituationen der stationären Langzeitpflege sowie auf der Abstimmung im Pflorgeteam und mit relevanten Kooperationspartner*innen.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der Pflegefachperson (BAPID Typ III) ist eine isolierte Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle nicht vorgesehen. Die Tätigkeit der Pflegefachperson ist stets in team-, prozess- und interprofessionelle Versorgungsstrukturen eingebettet; eine personenbezogene Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen. Wirkungen pflegerischen Handelns ergeben sich aus dem Zusammenwirken struktureller Rahmenbedingungen, interprofessioneller Kooperation und patient*innenbezogener Faktoren und sind nicht einzelnen Stelleninhaber*innen zuzuordnen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die Stelle ist in ein professionelles Arbeitsumfeld eingebettet. Die Organisation bietet fachliche Unterstützung, strukturierte Einarbeitung sowie begleitende Maßnahmen der Personalentwicklung. Geregelter Dienstübergaben, digitale Dokumentationssysteme und transparente Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen sichern die Qualität und Kontinuität der pflegerischen Versorgung. Die enge Zusammenarbeit im Pflorgeteam sowie die abgestimmte

Kooperation mit weiteren Berufsgruppen der Einrichtung sind integraler Bestandteil der Arbeit. Teamgespräche, Feedbackformate und Beteiligungsmöglichkeiten fördern fachlichen Austausch, Mitgestaltung und die Identifikation mit der Einrichtung. Im Kontext langfristiger Betreuungssituationen kommt einer kontinuierlichen, fallverantwortlichen und beziehungsorientierte Zusammenarbeit im Team sowie mit An- und Zugehörigen eine besondere Bedeutung zu; diese erfolgt nach geltenden, evidenzbasierten Standards.

1. Kompetenzprofil

Akademisierte Pflegefachperson – Langzeitpflege – BAPID Typ IV

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung wissenschaftsbasierten, standardorientierten und personenzentrierten Pflege im Setting der stationären Langzeitpflege. Die akademisierte Pflegefachperson übernimmt – wie die Pflegefachperson BAPID Typ III – die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß Pflegeberufegesetz und ist in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden. Darüber hinaus übernimmt sie auf Grundlage eines primärqualifizierenden pflegewissenschaftlichen Studiums eine erweiterte fachliche Verantwortung für die wissenschaftsbasierte Begründung, Reflexion und und kontextbezogenen Weiterentwicklung pflegerischen Handelns im Pflegeprozess. Sie ordnet pflegerische Maßnahmen evidenzbasiert ein, reflektiert deren Anwendung im Kontext der stationären Langzeitpflege und unterstützt die qualitätsgesicherte, begründete Anpassung pflegerischer Praxis. Die akademisierte Pflegefachperson unterstützt Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) durch klinische Entscheidungsunterstützung, fachliche Beratung und Mentoring sowie durch die systematische Einbindung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in den Pflegeprozess. Schwerpunkte können – abhängig vom Einsatzkontext – unter anderem biografiegeleitete, demenzsensible und palliative Versorgungsansätze sein, ohne dass hieraus eine automatische Spezialisierung, Exklusivzuständigkeit oder eigenständige Bereichsverantwortung entsteht. Die Ausgestaltung der erweiterten fachlichen Verantwortung erfolgt entwicklungs-, kompetenz- und funktionsabhängig und ist an klar definierte Aufgabenprofile gebunden. Berufsanfänger*innen mit akademischem Abschluss können in der Rolle eingesetzt werden; die Ausgestaltung der erweiterten Verantwortung erfolgt abgestuft. Aufgaben mit bereichsübergreifender, hochspezialisierter oder wissenschaftlich-expertischer Gesamtverantwortung sind nicht Bestandteil dieser Rolle und werden dem BAPID Typ V zugeordnet.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) erfolgt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege unabhängig vom Versorgungs- oder Pflegegrad der Bewohner*innen, insbesondere dort, wo eine wissenschaftlich fundierte Einordnung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung vorgesehen ist. Umfang, Einsatzfelder und Aufgabenprofile richten sich nach der Einrichtungsstruktur, der Bewohner*innenklientel, der vorhandenen Qualifikationsstruktur sowie den strategischen Zielsetzungen der Einrichtung.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ IV (AX/P4/S0)
Qualifikationsniveau	Pflegefachperson mit akademischem Abschluss (Bachelor oder gleichwertiger primärqualifizierender Studienabschluss in Pflege/Pflegewissenschaft)
Verortung im Kompetenzrahmen	Akademisch qualifizierte Pflegefachperson mit erweiterter fachlicher Verantwortung für die wissenschaftsbasierte Begründung, Reflexion und Evaluation pflegerischen Handelns im Pflegeprozess der direkten Versorgung. Die Übernahme erweiterter fachlicher Verantwortungsanteile erfolgt nicht automatisch mit dem Studienabschluss, sondern kompetenz-, kontext- und entwicklungsabhängig.

5. Berufliche Rolle

Die akademisierte Pflegefachperson (BAPID Typ IV) übernimmt – wie die Pflegefachperson BAPID Typ III – die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses in der stationären Langzeitpflege und erweitert diese Rolle um eine wissenschaftsbasierte Begründungs-, Reflexions- und kontextbezogene Weiterentwicklungsperspektive pflegerischer Praxis. Sie wirkt an der evidenzbasierten Planung, fachlicher Einordnung, Steuerung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen mit, analysiert pflegerische Entscheidungssituationen systematisch, bringt pflegewissenschaftliche Erkenntnisse praxisnah und standardorientiert in den Versorgungsalltag ein und unterstützt die pflegerische Entscheidungsfindung im Team. Die Rolle umfasst die fachliche Beratung von Pflegefachpersonen (BAPID Typ III), die Mitwirkung an pflegerischen Assessments, die Interpretation pflegerelevanter Beobachtungen und Befunde sowie die pflegerische Mitwirkung an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen im interprofessionellen Kontext der Einrichtung. Darüber hinaus berät sie Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige im Rahmen ihrer pflegefachlichen Kompetenz und des jeweiligen Einsatzkontextes. Je nach individueller Kompetenz, Berufserfahrung und Funktion beteiligt sich die Pflegefachperson Typ IV an qualitätsbezogenen und implementierungsbegleitenden Prozessen im Rahmen der direkten Versorgung. Die Übernahme solcher Aufgaben erfolgt nicht automatisch mit dem Studienabschluss, sondern stufenweise, in der Regel unter strukturierter Einarbeitung, fachlicher Begleitung oder Mentoring. Die Pflegefachperson Typ IV ist keine Pflegeexpert*in APN (BAPID Typ V). Aufgaben mit bereichsübergreifender, wissenschaftlich-expertischer oder systemischer Gesamtverantwortung sind nicht Bestandteil dieser Rolle und werden dem BAPID Typ V zugeordnet.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Tätigkeit orientiert sich am Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie an evidenzbasierten pflegefachlichen Standards und Leitlinien, einschließlich anerkannter Expertenstandards. Die akademisierte Pflegefachperson wirkt in der direkten pflegerischen Versorgung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege mit und ist in die reguläre Versorgungspraxis eingebunden. Der

Schwerpunkt liegt auf der klinisch-pflegerischen Anwendung, wissenschaftlichen Begründung und kritischen Bewertung pflegerischen Handelns, der fachlichen Entscheidungsunterstützung im Team sowie der Identifikation und fachlichen Rückmeldung von Weiterentwicklungsbedarfen in der pflegerischen Versorgung. Die Übernahme erweiterter pflegerischer Entscheidungs- oder Handlungsspielräume kann im Rahmen gesetzlich eröffneter Befugniserweiterungen sowie organisationsbezogener Regelungen kompetenz-, qualifikations- und kontextabhängig erfolgen. Die Mitwirkung an der Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Konzepte (z. B. demenzsensible, palliative oder freiheitsentziehungsreduzierende Pflegeansätze) erfolgt kontextbezogen, standardorientiert und im Rahmen der jeweiligen Organisationsstrukturen, ohne eigenständige konzeptionelle oder organisationsweite Gesamtverantwortung. Mentoring-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen gegenüber Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) sowie Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II) erfolgen qualifikationsgerecht, fall- und situationsbezogen und im Rahmen der direkten Versorgungspraxis. Aufgaben der strategischen, bereichsübergreifenden oder systemischen Konzeptentwicklung sowie der eigenständigen Implementierung pflegewissenschaftlicher Modelle sind nicht Bestandteil dieser Rollen und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die akademisierte Pflegefachperson übernimmt praxis- und bewohner*innennahe Verantwortung für die fachliche Mitsteuerung, Reflexion und Evaluation pflegerischen Handelns im Versorgungsalltag der stationären Langzeitpflege. Sie trifft pflegerische Entscheidungen auf Basis evidenzbasierter Erkenntnisse, ordnet diese wissenschaftlich begründet ein, führt pflegerische Assessments durch und bringt pflegerelevante Beobachtungen und Befunde strukturiert in interprofessionelle Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse ein. Die Anpassung pflegerischer Maßnahmen erfolgt situationsbezogen, kompetenz- und erfahrungsabhängig im Rahmen geltender Standards. Eine versorgungsübergreifende oder systemische Gesamtsteuerung ist nicht Bestandteil dieser Rolle. Beratungs-, Unterstützungs- und Mentoringaufgaben gegenüber Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) sowie Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II) erfolgen qualifikationsgerecht, fallbezogen und im Rahmen der direkten Versorgungspraxis. Die Moderation oder fachliche Begleitung von Fallbesprechungen kann situativ erfolgen, ohne formale Leitungsverantwortung. Thematische Schwerpunkte können – abhängig vom Einsatzkontext – biografieorientierte, demenzsensible oder palliative Versorgungsansätze umfassen, ohne dass hieraus eine exklusive Zuständigkeit oder Spezialisierungsrolle entsteht. Aufgaben der umfassenden, eigenständigen fachlichen Steuerung hochspezialisierter oder systemischer Versorgungsprozesse bleiben dem BAPID Typ V (APN) vorbehalten.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Werten eines humanistischen Menschenbildes, der Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG) sowie an wissenschaftlichen Gütekriterien pflegerischen Handelns

	– Explizite Orientierung an anerkannten berufsethischen Kodizes (z. B. ICN-Ethikkodex, nationale pflegeethische Leitlinien) – Eigenverantwortliche Übernahme ethisch und fachlich begründeter Entscheidungen im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich, unter reflektierter Abwägung pflegfachlicher, ethischer und organisationaler Aspekte – Sichtbares, reflektiertes und transparent begründetes professionelles Handeln gegenüber Bewohner*innen, An- und Zugehörigen, Team und Organisation – Mitwirkung an der Weiterentwicklung einer professionellen Pflegekultur auf Team- bzw. Einrichtungsebene im Rahmen der eigenen Rolle (ohne Advanced-Practice-Anspruch) – Praxisnaher Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Versorgungsalltag der stationären Langzeitpflege (Brückenfunktion zwischen Theorie und Praxis); die Ausprägung dieser Transferleistung ist kontext-, erfahrungs- und einarbeitungsabhängig und entwickelt sich schrittweise im beruflichen Handeln – Hohes Verantwortungsbewusstsein für eine beziehungsorientierte, biografiegeleitete und personenzentrierte Pflege in langfristigen Betreuungssituationen
Pflegerische Versorgungspraxis	– Durchführung, Mitsteuerung und Evaluation des Pflegeprozesses in der direkten Versorgung auf Grundlage geltender Standards, Leitlinien und rechtlicher Vorgaben gemäß PflBG – Wissenschaftsbasierte Begründung, kritische Reflexion und kontext-bezogene Anpassung pflegerischer Maßnahmen im Pflegeprozess – Erhebung und Feststellung sowie kontinuierliche Bewertung des individuellen Pflegebedarfs unter Anwendung geeigneter pflegerischer Assessments – Durchführung pflegerischer Assessments sowie fachliche Einordnung und Interpretation pflegerelevanter Beobachtungen und Befunde zur Unterstützung pflegerischer, diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozesse – Durchführung und Dokumentation evidenzbasierter pflegerischer Interventionen unter Berücksichtigung individueller Verläufe und der Versorgungsbedingungen der stationären Langzeitpflege – Mitwirkung an heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen gesetzlich übertragener Aufgaben gemäß Pflegestudiumstärkungsgesetz (z. B. Wund-, Schmerz-, Diabetes- oder Hypertoniemanagement), ausschließlich nach Qualifikationsnachweis und organisations-spezifischer Regelung

	– Regelgeleitetes Handeln in Notfall- und Krisensituationen im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit – Praxisnahe Mitwirkung an der Weiterentwicklung pflegerischer Maßnahmen und Standards durch Rückmeldung, Evaluation und fachliche Einordnung aus der direkten Versorgung – Unterstützung der evidenzbasierten Pflegepraxis durch fachliche Beratung und Entscheidungsunterstützung im Team, ohne Übernahme konzeptioneller, systemweiter oder strategischer Implementierungsverantwortung – Angemessenes, reflektiertes pflegerisches Handeln gegenüber herausfordernden Verhaltensweisen von Bewohner*innen im Rahmen der professionellen Pflegebeziehung – Anwendung validierender und biografieorientierter Pflegeansätze bei demenziell veränderten Bewohner*innen im Rahmen evidenzbasierter, einrichtungsbezogener Standards – Mitwirkung an der pflegerischen Begleitung palliativer Versorgungsansätze sowie rehabilitativer Zielsetzungen in der stationären Langzeitpflege, ohne eigenständige konzeptionelle Gesamtverantwortung
Kommunikation & Kooperation	– Mitwirkung an sowie fallbezogene Moderation pflegfachlicher und multiprofessioneller Fallbesprechungen im Versorgungsalltag, insbesondere durch strukturierte Darstellung pflegerischer Einschätzungen und evidenzbasierte Einordnung, ohne formale Leitungsfunktion – Führen personenzentrierter Gespräche unter Anwendung von Shared Decision-Making, einschließlich validierender, empathischer und situationsangepasster Gesprächsführung, auch bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit – Fachliche Beratung und kollegiale Unterstützung von Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) sowie qualifikationsgerechte Unterstützung von Pflegefachassistentenpersonen (BAPID Typ II) durch wissenschaftsbasierte Einordnung pflegerischer Entscheidungsoptionen, ohne Übernahme hierarchischer oder formaler Führungsverantwortung – Sicherstellung der pflegfachlichen Informationskontinuität im Versorgungsprozess, einschließlich Mitwirkung an Überleitungs- und Abstimmungsprozessen innerhalb der Einrichtung, ohne alleinige Gesamtsteuerung sektorenübergreifender Abläufe – Langfristige, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Bewohner*innen, An- und Zugehörigen sowie Betreuer*innen unter Förderung von Partizipation, Orientierung und Beziehungskontinuität im Pflegeprozess

	– Führen schwieriger Gespräche im pflegerischen Versorgungskontext (z. B. bei Konflikten, belastenden Situationen oder Unsicherheiten), ohne Übernahme ethischer Fallmoderation oder professionsübergreifender Entscheidungsverantwortung – Enge, strukturierte Abstimmung im Pfllegeteam sowie mit weiteren Berufsgruppen der Einrichtung, unter Einbringung pflegewissenschaftlich reflektierter pflegerischer Perspektiven
Gesundheitsförderung & Prävention	– Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses unter wissenschaftsbasierter Begründung und Reflexion – Beratung von Bewohner*innen und An- und Zugehörigen bei der Krankheitsbewältigung durch evidenzbasierte Einordnung von Bewältigungs-, Unterstützungs- und Selbstmanagementstrategien, unter Einbezug relevanter sozialer Bezugspersonen – Förderung von Alltagskompetenz und Rehabilitationsfähigkeit durch systematische Analyse von Ressourcen, Belastungen und Entwicklungsbedarfen im Rahmen der pflegerischen Versorgung – Befähigung von Bewohner*innen zum Symptom-, Krankheits- und Therapiemanagement im Rahmen pflegerischer Zuständigkeit und unter Anwendung von Shared Decision-Making – Förderung sozialer Teilhabe und Integration in das Gemeinschaftsleben der Einrichtung als Bestandteil der direkten Pflegepraxis – Mitgestaltung einer gesundheitsförderlichen Umgebung (z. B. Tagesstruktur, Orientierung, Schlaf, Stressreduktion) im Rahmen der direkten pflegerischen Versorgung – Reflektierter Umgang mit eigener Gesundheit, Belastung und Prävention als Bestandteil professioneller pflegerischer Haltung – Umsetzung heilkundlicher Maßnahmen ausschließlich im gesetzlich übertragenen Rahmen (Pflegeberufegesetz / Pflegestudienstärkungsgesetz), qualifikations-, curricular- und organisationsabhängig, ohne eigenständige Verantwortungsverantwortung
Organisation & Planung	– Organisation, Gestaltung und Mitsteuerung pflegerischen Handelns im Versorgungsalltag für Bewohner*innengruppen durch wissenschaftsbasierte Analyse, Begründung und Reflexion, ohne Übernahme einer vollständigen Prozess- oder Systemsteuerung – Koordination von Pflegeanlässen im Pflegeprozess einzelner Bewohner*innen durch strukturierte Einordnung pflegerischer Prioritäten, Schnittstellen und Entscheidungsbedarfe im Pflegeprozess

	– Analyse und Evaluation pflegerischer Prozesse zur Unterstützung reflektierter, standardorientierter Pflegepraxis im eigenen Verantwortungsbereich
Leadership	– Mitarbeit in Projekten zur Qualitäts- und Konzeptentwicklung sowie praxisnahe Evaluation pflegerischer Maßnahmen im Team- oder Versorgungsbereich – Initiierung, Strukturierung und Moderation kollegialer Beratung als Form professionsbezogener Reflexion im Team, ohne Übernahme formaler Supervisions- oder Coachingfunktionen – Sicherstellung der Einweisung und fachlich-wissenschaftlich begründeten Anleitung neuer Mitarbeitender, Studierender und Praktikant*innen im Rahmen der eigenen Rolle und ohne formale Leitungs-, Supervisions- oder Coachingverantwortung – Präsentation und Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Team zur Unterstützung reflektierter pflegerischer Entscheidungsprozesse – Förderung einer Sicherheitskultur und Etablierung einer professionellen Pflegekultur durch Vorbildhandeln, fachliche Argumentation und transparente Entscheidungsbegründung – Übernahme einer Rollenmodellfunktion im Sinne professioneller Haltung, evidenzbasierter Praxis und reflektierten Handelns, ohne hierarchische oder formale Führungsrolle
Qualität & Sicherheit	– Analyse, Evaluation und Sicherung der Pflegequalität im eigenen Versorgungsbereich der stationären Langzeitpflege – Mitwirkung an der Entwicklung, Anwendung und Evaluation von Qualitätsindikatoren und Expert*innenstandards ohne eigenständige konzeptionelle oder organisationsweite Gesamtverantwortung – Durchführung von Pflegevisiten und Datenerhebungen zur Qualitätsentwicklung in Beteiligung und ggf. Mitgestaltung, nicht exklusiv oder alleinverantwortlich – Mitwirkung an einrichtungsinternen Qualitätsprojekten und evidenzbasierten Pilotvorhaben auf Team- bzw. Versorgungsebene – Anwendung, fachliche Einordnung und Evaluation standardisierter Assessments zur Bewohner*innensicherheit (z. B. Sturzrisiko-, Delir- oder Dekubitus-Assessment) im Rahmen bestehender Konzepte – Qualitäts- und Sicherheitsarbeit erfolgt qualifikationsübergreifend; die Rolle von BAPID Typ IV ergänzt, ersetzt jedoch nicht die pflegefachliche Qualitätsarbeit anderer Pflegefachpersonen – Die eigenständige Entwicklung, Implementierung und organisationsweite Steuerung von Qualitätsindikatoren, Expert*innenstandards

	oder Forschungsvorhaben ist nicht Bestandteil dieser Rolle und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Aktive Teilnahme an Fortbildungen sowie an fachlichen und wissenschaftsnahen Fachtagungen – Durchführung von internen Fortbildungen und Schulungen zur evidenzbasierten Pflegepraxis im Rahmen der Einrichtung – Aufbereitung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse für den praxisbezogenen Wissenstransfer im Team – Integration von Forschungsergebnissen in die Praxis durch fachliche Einordnung, Reflexion und Ableitung praxisnaher Verbesserungsimpulse – Förderung einer positiven, lernförderlichen Team- und Arbeitskultur (z. B. durch Feedback, Reflexion und Wissensaustausch) – Beteiligung an Studien und Forschungsprojekten (z. B. Datenerhebung, praxisnahe Evaluation, Implementierungsbegleitung) unter fachlicher Anleitung – Mentoring- und Unterstützungsleistungen gegenüber Mitarbeitenden erfolgen fachlich-situativ und qualifikationsgerecht, ohne Übernahme formaler Aus-, Fort- oder Weiterbildungsverantwortung – Die eigenständige Initiierung, Leitung oder forschungsethische Gesamtverantwortung von Studien ist nicht Bestandteil dieser Rolle und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet – Klare Trennung von Lern- und Entwicklungsaufgaben (BAPID Typ IV) und forschungsbezogener Gesamtverantwortung (BAPID Typ V)
Technologie & E-Health	– Unterstützende Mitwirkung bei der Einführung und Weiterentwicklung digitaler Dokumentations- und Assistenzsysteme aus Anwender*innenperspektive (z. B. Rückmeldung zur Praxistauglichkeit), keine eigenständige Implementierungs- oder Steuerungsverantwortung – Nutzung digitaler Tools zur regelgeleiteten Entscheidungsunterstützung im pflegerischen Verantwortungsbereich – Unterstützung und Befähigung des Teams bei der Anwendung neuer Technologien im Versorgungsalltag – Anwendung digital erhobener pflegerelevanter Daten im Rahmen pflegerischer Entscheidungen – Fachliche Einordnung und Reflexion digital erhobener Daten in Zusammenarbeit mit zuständigen Stellen (z. B. Qualitätsmanagement, Pflegewissenschaft, ärztlicher Dienst), keine alleinige Interpretation oder Verantwortungsübernahme

	– Unterstützung und Anleitung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen im Umgang mit digitalen und technologischen Anwendungen (z. B. Portale, Apps) ohne technische oder medizinische Beratung – Unterstützende Mitwirkung an der praxisnahen Evaluation digitaler Systeme, keine eigenverantwortliche Evaluation, Steuerung oder Systemverantwortung
Selbstmanagement & Empowerment	– Beratung und Unterstützung von Bewohner*innen zur Selbstpflege, Gesundheitsförderung und eigenständigen Krankheitsbewältigung – Förderung der Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit im Rahmen des Pflegeprozesses – Mitwirkung an palliativpflegerischer Entscheidungsfindung im interprofessionellen Kontext – Reflektierte Mitwirkung an der Weiterentwicklung von Empowerment-Strategien im Pflegeprozess – Unterstützung bei der Integration von Therapieanforderungen und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Alltag der stationären Langzeitpflege – Mitwirkung an der systematischen Reflexion und Evaluation angewandter Empowerment-Strategien, ohne konzeptionelle oder organisationsweite Gesamtverantwortung – Förderung sozialer Teilhabe und biografieorientierter Empowerment-Ansätze als Bestandteil personenzentrierter Langzeitpflege

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs sowie Planung des Pflegeprozesses nach evidenzbasierten Standards
- Eigenständige Organisation und Gestaltung pflegerischer Maßnahmen sowie fachliche Mitsteuerung im Versorgungsalltag im Rahmen der direkten Versorgung
- Durchführung evidenzbasierter pflegerischer Interventionen
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen und Maßnahmen in Krisensituationen
- Durchführung pflegerischer Assessments und fachliche Einordnung pflegerelevanter Beobachtungen und Befunde zur Mitwirkung an pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen
- Kritische Reflexion, fachliche Begründung und kontextbezogene Anpassung pflegerischer Maßnahmen auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse

- Praxisnahe Mitwirkung an der Anwendung evidenzbasierter Leitlinien und qualitätsbezogener Konzepte in der Versorgung, ohne eigenständige Implementierungsverantwortung
- Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten nach den standardisierten Modulen gemäß § 53 PflBG (z. B. Wund-, Schmerz-, Diabetesmanagement) nach Qualifikationsnachweis und organisationsspezifischer Regelung
- Praxisnahe Umsetzung und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen (z. B. Wund-, Kontinenz-, Schmerzmanagement) im Rahmen der direkten Versorgung
- Begleitung von demenziell veränderten Bewohner*innen unter Anwendung validierender und biografieorientierter Pflegeansätze nach evidenzbasierten, einrichtungsbezogenen Standards
- Mitwirkung an der pflegerischen Begleitung palliativer sowie rehabilitativer Zielsetzungen in der stationären Langzeitpflege, ohne konzeptionelle Gesamtverantwortung

Koordination & Zusammenarbeit

- Mitwirkung an sowie fallbezogene Moderation multiprofessioneller Fallbesprechungen im pflegerischen Verantwortungsbereich, ohne formale Leitungsfunktion
- Fachliche Mitwirkung an der Abstimmung der Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen im Versorgungsprozess
- Mitwirkung an der Weiterentwicklung von Schnittstellen durch Analyse, Rückmeldung und praxisnahe Unterstützung, ohne Gesamtsteuerung
- Fachliche Beratung und kollegiale Unterstützung von Kolleg*innen im Pflegealltag auf Grundlage evidenzbasierter Standards, ohne Supervisions- oder Führungsverantwortung
- Abstimmung mit interprofessionellen Teams und Funktionsbereichen der Einrichtung
- Zeitgerechte, adressat*innengerechte Information der verantwortlichen Pflegefachpersonen sowie relevanter Berufsgruppen zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität
- Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus unter Wahrung der jeweiligen Verantwortlichkeiten
- Selbstständige Organisation des eigenen pflegerischen Arbeitsbereiches im Rahmen der direkten Versorgung
- Beteiligung an fachlichem Austausch in einrichtungsbezogenen Netzwerken, Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln

Qualität & Organisation

- Analyse, Evaluation und Sicherung der Pflegequalität im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich
- Durchführung von Pflegevisiten sowie Datenerhebungen zur Qualitätsentwicklung in Beteiligung, nicht alleinverantwortlich
- Mitwirkung an der Evaluation bestehender Qualitäts- und Pflegestandards durch praxisnahe Rückmeldung aus der direkten Versorgung
- Mitarbeit in Projekten zur Qualitäts- und Konzeptentwicklung sowie praxisnahe Evaluation von pflegerischen Maßnahmen nach evidenzbasierten Standards

- Praxisnahe Mitwirkung an Entwicklungsprojekten zur Verbesserung pflegerischer Abläufe unter enger Anbindung an die direkte Versorgung
- Mitwirkung an einrichtungsinternen Forschungs- und Entwicklungsprojekten (z. B. evidenzbasierte Pilotprojekte) als fachliche Mitarbeit, nicht in leitender oder gesamtverantwortlicher Funktion

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Shared Decision-Making mit Bewohner*innen und An- und Zugehörigen unter Einbezug recovery-orientierter Prinzipien (z. B. Hoffnung, Selbstbestimmung, Verbundenheit)
- Beratung bei der Erhaltung und Stärkung der Alltagskompetenz abhängig von individueller Situation und Einschränkung
- Mitwirkung an palliativpflegerischer Entscheidungsfindung und Vorausplanung im Rahmen der direkten pflegerischen Versorgung
- Beratung und Begleitung bei ethisch herausfordernden Entscheidungssituationen im Pflegealltag; weiterführende ethische Fallmoderation erfolgt in Abstimmung mit zuständigen Stellen
- Reflektierte Mitwirkung an der Weiterentwicklung von Empowerment-Strategien im Pflegeprozess, ohne konzeptionelle Gesamtverantwortung
- Beziehungsorientierte, biografiegeleitete Beziehungsgestaltung in langfristigen Betreuungssituationen

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Primärqualifizierender Bachelorabschluss in Pflege/ Pflegewissenschaft (oder gleichwertiger pflegebezogener Studienabschluss) mit Berufszulassung gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG)
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegfachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung erforderlich; das Erfahrungsniveau kann je nach Studienformat (primärqualifizierend, dual, konsekutiv) variieren.

11. Persönliche Eigenschaften

- Wissenschaftsorientiertes und analytisches Denken
- Hohe Eigenverantwortung und strukturierte Selbstorganisation im pflegerischen Verantwortungsbereich
- Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit sowie Fähigkeit zur strukturierenden Gesprächsführung im fachlichen Kontext, ohne formale Leitungs- oder Moderationsverantwortung

- Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit sowie zur abgestimmten Kooperation mit mit An- und Zugehörigen sowie relevanten externen Partner*innen
- Reflexionsfähigkeit sowie Bereitschaft zur praxisnahen Einordnung und Umsetzung evidenz-basierter Erkenntnisse
- Belastbarkeit und Flexibilität in langfristigen Betreuungssituationen sowie bei sich verändernden pflegerischen Anforderungen
- Ethische Sensibilität und Entscheidungsfähigkeit im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich, insbesondere in palliativen und lebensbegleitenden Pflegesituationen, nach evidenzbasierten Standards
- Empathie und Freude an der Arbeit mit älteren und pflegebedürftigen Menschen
- Sensibilität und Fachkompetenz im Umgang mit demenziell veränderten Bewohner*innen
- Beziehungsorientiertes und biografiegeleitetes Arbeiten sowie Fähigkeit, Vertrauen in langfristigen Betreuungssituationen aufzubauen
- Fähigkeit zur Mitwirkung an Einarbeitung, kollegialem Austausch und fachlicher Unterstützung von Pflegefachpersonen (BAPID Typ II und III) im Rahmen strukturierter Team- und Lernprozesse, ohne formale Mentoring- oder Führungsverantwortung
- Bereitschaft zur kontinuierlichen fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung im Sinne einer reflektierten, professionellen Pflegepraxis

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. Regelarbeitszeiten im Schichtdienst der stationären Langzeitpflege]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die akademisierte Pflegefachperson arbeitet mitwirkend und fachlich beratend mit Leitungsgremien, Qualitäts- und Fachzirkeln innerhalb der eigenen Einrichtung sowie in ausgewählten, einrichtungsbezogenen regionalen Austauschformaten der stationären Langzeitpflege zusammen.

Eine eigenständige Koordination oder Moderation übergeordneter oder externer Netzwerke ist nicht regelhafter Bestandteil der Rolle. Kooperationen mit Hochschulen, Forschungsinstitutionen und Verbänden erfolgen auf institutioneller Ebene; die Pflegefachperson Typ IV wirkt hierbei fachlich beratend, reflektierend und diskursiv mit, ohne eine steuernde, koordinierende oder implementierende Gesamtverantwortung zu übernehmen. Darüber hinaus stimmt sie sich eng und strukturiert mit interprofessionellen Teams und Funktionsbereichen der Einrichtung ab und beteiligt sich an der fachlichen Begleitung der praxisnahen Umsetzung evidenzbasierter Pflegeansätze in der stationären Langzeitpflege, in fachlicher Abstimmung mit entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. BAPID Typ V) oder übergeordneten Stellen. Die Zusammenarbeit mit externen Akteur*innen wie Hospizdiensten, Angehörigenvertretungen oder Selbsthilfegruppen erfolgt fall- und kontextbezogen im Rahmen der direkten Versorgung, ohne übergeordnete Steuerungs-, Koordinations- oder Netzwerkverantwortung.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die akademisierte Pflegefachperson kann sich in ihrer Rolle innerhalb der stationären Langzeitpflege kontinuierlich fachlich und wissenschaftlich weiterentwickeln. Die Stelle eröffnet individuelle Entwicklungsperspektiven, die sich an den persönlichen Kompetenzen, Interessen, der Berufserfahrung sowie dem jeweiligen Einsatzkontext orientieren. Eine Weiterentwicklung kann sich insbesondere in Richtung praxisnaher Mitwirkung an Projekten, der Beteiligung an Fortbildungs- und Wissensentwicklungsformaten sowie der Mitwirkung an evidenzbasierten Qualitätsinitiativen auf Team- oder Einrichtungsebene ergeben, ohne Übernahme strategischer, systemischer oder organisationsweiter Gesamtverantwortung. Langfristig besteht – bei entsprechender Qualifizierung – die Möglichkeit einer Weiterentwicklung zur wissenschaftlich qualifizierten Pflegeexpert*in (BAPID Typ V); diese Entwicklung ist nicht verpflichtend. Strategische System-, Organisations- oder Implementierungsverantwortung bleibt dem BAPID Typ V vorbehalten.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einarbeitung erfolgt standardisiert, rollen- und aufgabenbezogen sowie nach evidenzbasierten Standards und wird durch akademisierte Pflegefachpersonen sowie erfahrene Pflegefachpersonen begleitet. Der Einarbeitungsprozess dient als Orientierungsrahmen und ist an den jeweiligen Einsatzkontext der stationären Langzeitpflege angepasst. Regelmäßige kollegiale Beratung und fachlicher Austausch sind Bestandteil des Rollenprofils. Supervision kann als unterstützendes Begleitformat genutzt werden; ihre Ausgestaltung erfolgt einrichtungs- und kontextabhängig und ist nicht regelhaft Bestandteil der Rolle. Die akademisierte Pflegefachperson wirkt im Rahmen ihrer Funktion fachlich unterstützend bei Einarbeitung, kollegialem Austausch und Wissenstransfer für Mitarbeitende der BAPID-Typen II und III mit, ohne Übernahme formaler Mentoring-, Supervisions- oder Coachingverantwortung. Im Vordergrund steht die Begleitung beim standardorientierten und kontextbezogenen Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die pflegerische Praxis, insbesondere im Team- und Einrichtungszusammenhang Thematische Schwerpunkte können – abhängig vom Einsatzkontext – aufgegriffen werden, ohne hieraus eine spezialisierte oder exklusive Zuständigkeit abzuleiten.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der akademisierten Pflegefachperson (BAPID Typ IV) ist auch in der stationären Langzeitpflege keine isolierte oder personenbezogene Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle vorgesehen. Die Tätigkeit der akademisierten Pflegefachperson ist – wie bei BAPID Typ III – in team-, prozess- und interprofessionelle Versorgungsstrukturen eingebettet; eine individuelle Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen.

Die Wirkung der Rolle entfaltet sich nicht über bewohner*innenbezogene Outcomes oder individuelle Kennzahlen, sondern über die fachliche Begründung, Reflexion und Mitwirkung an der Weiterentwicklung pflegerischen Handelns im Versorgungsprozess der stationären Langzeitpflege. Sie zeigt sich indirekt, strukturell und prozessbezogen, insbesondere durch:

- qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Entscheidungsfindung im Pflegeprozess,
- fachliche Einordnung, Reflexion und Diskussion pflegerischer Maßnahmen im Team,
- Unterstützung der standardorientierten Weiterentwicklung pflegerischer Praxis auf Team- bzw. Einrichtungsebene,
- Stärkung professionsbezogener Zusammenarbeit, Wissensintegration und gemeinsamer Lernprozesse im Versorgungsalltag

Wirkungen ergeben sich aus dem Zusammenspiel organisationaler Rahmenbedingungen, teambezogener Lern- und Reflexionsprozesse sowie interprofessioneller Kooperation und sind nicht einzelnen Stelleninhaber*innen zuzuschreiben. Rückmeldungen zur Wirksamkeit erfolgen im Rahmen kollegialer Reflexionsformate, strukturierter Fachgespräche, Team- und Qualitätsdialoge sowie im Kontext der Personalentwicklung, ohne Ableitung personenbezogener Leistungskennzahlen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die akademisierte Pflegefachperson ist als reguläres Mitglied des Pflegeteams in ein professionelles, interdisziplinäres Arbeitsumfeld der stationären Langzeitpflege eingebunden und nimmt kontinuierlich an der direkten pflegerischen Versorgung teil. Die Zusammenarbeit erfolgt primär auf Team- und Einrichtungsebene in enger Abstimmung mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus sowie mit weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Die akademisierte Pflegefachperson wirkt im Rahmen ihrer Rolle an einrichtungs-internen, evidenz-basierten Projekten fachlich mit, insbesondere zur Reflexion, fachlichen Einordnung und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis im Versorgungsalltag, ohne konzeptionelle, organisationsweite oder systemische Gesamtverantwortung. Die Teamarbeit ist geprägt durch standardorientierte fachliche Abstimmung, kollegialen Austausch sowie die Unterstützung evidenzbasierter Entscheidungsfindung in stabilen und sich verändernden Versorgungssituationen der Langzeitpflege. Aufgrund langfristiger Betreuungssituationen kommt einer kontinuierlichen, beziehungsorientierten Zusammenarbeit im Team sowie mit An- und Zugehörigen und gesetzlichen Betreuer*innen besondere Bedeutung zu; diese erfolgt im Rahmen der pflegerischen Fallverantwortung und nach geltenden Standards. Externe Kooperationen (z. B. mit Hochschulen, regionalen Fachzirkeln, Hospizdiensten, Angehörigenvertretungen oder Selbsthilfegruppen) sind nicht originärer Bestandteil der Rolle, sondern erfolgen fall- oder projektbezogen auf institutioneller Ebene oder in fachlicher Zuarbeit und Abstimmung mit entsprechend qualifizierten Pflegeexpert*innen (BAPID Typ V) oder zentralen Stellen.

1. Kompetenzprofil

Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in – Langzeitpflege – BAPID Typ V

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle beschreibt ein klinisch fallführendes Rollenprofil im Sinne Advanced Nursing Practice (APN) und dient der fallführenden, wissenschaftlich fundierten und klinisch verantworteten Weiterentwicklung der Pflegepraxis sowie der qualitätsgesicherten Versorgung in der stationären Langzeitpflege. Die wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) übernimmt eine eigenständige klinische Rolle mit Fallverantwortung in der direkten pflegerischen Versorgung (Advanced Nursing Practice / Clinical Nurse Specialist) und verbindet diese mit einer erweiterten wissenschaftsbasierten Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischen Handelns. Ziel ist die fallbezogene, evidenzbasierte Steuerung pflegerischer Versorgungsprozesse, die klinische Entscheidungsverantwortung im pflegerischen Bereich sowie die fachliche Mitverantwortung für Versorgungsqualität und Bewohner*innensicherheit im interprofessionellen Kontext der Langzeitpflege. Ergänzend übernimmt die Pflegeexpert*in Anteile in Beratung, Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung, Forschung und Implementierung evidenzbasierter Versorgungs-konzepte, als integraler Bestandteil der klinischen APN-Rolle und nicht als davon losgelöste Stabs- oder Projekt-funktion. Schwerpunkte können – abhängig vom Einsatzkontext – unter anderem demenzsensible, palliative und biografieorientierte Versorgungsansätze umfassen, ohne die Rolle hierauf funktional einzuengen. Darüber hinaus wirkt die Pflegeexpert*in als fachliche Referenz- und Mentoringperson für Pflegefachpersonen der BAPID-Typen II–IV im Sinne klinischer Entscheidungsunterstützung, evidenzbasierter Praxisentwicklung und professionsbezogener Weiterentwicklung.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz wissenschaftlich qualifizierter Pflegeexpert*innen (BAPID Typ V) erfolgt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege unabhängig vom Pflegegrad, insbesondere dort, wo eine eigenständige klinische Fallführung, eine vertiefte wissenschaftsbasierte Entscheidungsverantwortung sowie die Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung vorgesehen sind. Umfang, Einsatzfelder und Aufgabenprofile richten sich nach der Einrichtungs-struktur, den pflegerischen Handlungsfeldern, der Bewohner*innenklientel, der vorhandenen Qualifikations- und Rollenstruktur sowie den strategischen Zielsetzungen der Einrichtung. Die Rolle ist regelhaft in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden und kann ergänzende Anteile in Beratung, Qualitätsentwicklung, Forschung und Implementierung evidenzbasierter Konzepte umfassen.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ V (AX/P5/S0)

Qualifikationsniveau	Pflegefachperson mit akademischem Abschluss (Master in Pflege/Pflegewissenschaft oder vergleichbarer pflegewissenschaftlicher Masterabschluss) mit Berufszulassung gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG)
Verortung im Kompetenzrahmen	Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in mit klinischem Schwerpunkt auf der eigenständigen klinischen Fallführung, der vertieften wissenschaftsbasierten Entscheidungsverantwortung sowie der Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung. Konzeptentwicklung, Forschung und strategische Beratung sind integrale, fall- und versorgungsbezogene Bestandteile der klinischen APN-Rolle, stehen jedoch nicht losgelöst von der direkten Versorgung im Vordergrund der Verortung.

5. Berufliche Rolle

Die/der wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) ist regelhaft und anteilig in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden und übernimmt eine fallführende, bewohner*innennahe Expert*innenrolle für definierte Bewohner*innengruppen in der stationären Langzeitpflege. Der Schwerpunkt der Rolle liegt auf der direkten Versorgung, der prozesshaften Begleitung sowie der wissenschaftsbasierten Entscheidungsverantwortung entlang des gesamten Versorgungsverlaufs in langfristigen Betreuungssituationen. Sie/er übernimmt die eigenständige klinisch-pflegerische Verantwortung für spezifische Versorgungsbedarfe, berät Bewohner*innen sowie An- und Zugehörige auf klinisch-expert*innenbezogenem Niveau und wirkt kontinuierlich im Pflgeteam, um Praxisnähe, Aktualität und Akzeptanz evidenzbasierter Pflegepraxis sicherzustellen. Die Wahrnehmung erweiterter pflegerischer Entscheidungs- und Handlungsspielräume erfolgt im Rahmen gesetzlich eröffneter Befugnisse sowie organisationsbezogener Regelungen und setzt eine entsprechende Qualifikation voraus. Die/der Pflegeexpert*in APN ist nicht regelhaft für die routinemäßige Durchführung allgemeiner Pflege zuständig, bleibt jedoch bewusst klinisch tätig, um die eigene Expertise wirksam in die Versorgung einzubringen. Ergänzend übernimmt die/der Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) wissenschaftlich fundierte Aufgaben der Praxisentwicklung, insbesondere die Analyse, Weiterentwicklung und Evaluation pflegerischer Versorgungskonzepte in der Langzeitpflege, die fachliche Beratung von Pflegefachpersonen der BAPID-Typen II–IV sowie klinisches Mentoring in komplexen pflegefachlichen Entscheidungsprozessen. Thematische Schwerpunkte können – abhängig vom Einsatzkontext – demenzsensible, palliative oder biografieorientierte Versorgungsansätze umfassen, ohne die Rolle darauf zu begrenzen. Forschungs-, Entwicklungs-, Leitlinien- und Konzeptarbeit sind Bestandteil der Rolle, erfolgen jedoch aus der direkten klinischen Versorgung heraus und dienen der nachhaltigen Verbesserung der Pflegepraxis aus der klinischen Perspektive heraus. Die Rolle ist geprägt durch eine integrierte Brückenfunktion zwischen direkter Versorgung, Wissenschaft und Organisation, nicht durch eine primäre Stabs-, Management- oder Projektfunktion. Die Pflegeexpert*in APN (BAPID Typ V) ist keine reine Stabsstelle. Stellenprofile ohne verpflichtenden klinischen Versorgungsanteil entsprechen nicht der Rollenlogik von BAPID Typ V. Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen sind möglich; der klinische Versorgungsanteil ist jedoch verbindlicher Bestandteil jeder Typ-V-Stelle – auch in der stationären Langzeitpflege

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Tätigkeit basiert auf dem Pflegeberufegesetz (PflBG), dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, den landesrechtlichen Vorgaben sowie hochschulischen und forschungsbezogenen Standards. Die/der Pflegeexpert*in arbeitet eigenständig in der direkten pflegerischen Praxis der stationären Langzeitpflege sowie wissenschaftlich fundiert, reflektierend und beratend und ist maßgeblich an der praxisnahen, standardorientierten Umsetzung evidenzbasierter Versorgungskonzepte beteiligt. Die eigenständige klinische Tätigkeit erfolgt innerhalb eines fachlich und organisatorisch gerahmten Organisationsmodells der Einrichtung. Die/der Pflegeexpert*in ist dabei fachlich angebunden an eine zentrale koordinierende Stelle (z. B. Pflegewissenschaft, Praxisentwicklung oder Qualitätsentwicklung) angebunden, die die strategische Abstimmung, Prioritätensetzung und Kohärenz wissenschaftlicher Tätigkeiten sicherstellt, ohne die klinische Autonomie und fallführende Verantwortung der Pflegeexpert*innen einzuschränken. Die Mitwirkung an der Entwicklung, Evaluation und Weiterentwicklung evidenzbasierter Konzepte erfolgt aus der klinischen Versorgung heraus und umfasst – kontextabhängig – auch langzeitpflegespezifische Qualitätsaspekte (z. B. Dekubitus-, Sturz- oder Fixierungsprävention), ohne dass hieraus eine alleinige oder organisationsweite Steuerungs- oder Implementierungsverantwortung abgeleitet wird. Direkte pflegerische Versorgung ist integraler Bestandteil der Rolle und zentrale Voraussetzung für die Ausübung der wissenschaftlich qualifizierten Pflegeexpert*innenfunktion (BAPID Typ V).

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die/der wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) übernimmt Verantwortung für die eigenständige, fallführende pflegerische Versorgung definierter Bewohner*innengruppen in der stationären Langzeitpflege sowie für die wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung und Evaluation pflegerischen Handelns in der direkten Versorgung. Darüber hinaus wirkt sie/er an der standardorientierten Weiterentwicklung pflegerischer Konzepte und der praxisnahen Implementierung evidenzbasierter Standards aus der klinischen Versorgung heraus mit, ohne die alleinige strategische Gesamtverantwortung auf Einrichtungs- oder Trägerebene zu übernehmen. Die/der Pflegeexpert*in berät pflegeschlüsselnde Leitungen und interprofessionelle Teams bei pflegewissenschaftlich fundierten Entscheidungen im Kontext konkreter Versorgungsprozesse, wirkt an Forschungs-, Entwicklungs- und Qualitätsprojekten mit und ist an der Erarbeitung, Anpassung und Evaluation von Leitlinien und Versorgungskonzepten mit klinischem Fokus beteiligt. Darüber hinaus führt sie/er praxisbezogene Fortbildungen, Schulungen und fallbezogene Lehrformate durch, übernimmt fachliches Mentoring und klinische Beratung für Mitarbeitende der BAPID-Typen II–IV im direkten Versorgungskontext und wirkt beratend – nicht steuernd – in ausgewählten regionalen oder überregionalen Fachgremien mit. In der stationären Langzeitpflege liegt ein besonderer Fokus auf der direkten klinischen Arbeit mit Bewohner*innen, der fallbezogenen Steuerung und Evaluation langfristiger Versorgungsverläufe sowie der evidenzbasierten Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in beziehungs- und lebensweltorientierten Betreuungssituationen. Eine ausschließlich strategische, managementbezogene oder konzeptionelle Rolle ohne direkte Fallverantwortung entspricht nicht der Rollenlogik von BAPID Typ V.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an wissenschaftlichen Standards und ethischen Werten eines humanistischen Menschenbildes, der Grundrechte (insb. Art. 1 GG) sowie kontinuierliche Reflexion des eigenen professionellen Handelns – Mitwirkung an berufspolitischen und wissenschaftlichen Diskursen – Brückenfunktion zwischen Wissenschaft, Praxis und Professionalisierung – Fundierte Kenntnisse ethischer Prinzipien, Pflegeethik (z. B. ICN-Ethikkodex), Menschenrechte sowie beruflicher Werte und Standards – Wissen über professionelle Rollenentwicklung, Diversitäts- und Kultursensibilität, klinisch-professionelle Verantwortung – Reflexion der eigenen Rolle sowie vorbildhaftes Handeln zur Förderung professioneller Haltungen in der direkten Versorgung – Aktive Mitgestaltung und fachliche Moderation ethischer Entscheidungsprozesse im klinischen Versorgungskontext der Langzeitpflege
Pflegerische Versorgungspraxis	– Wissenschaftsbasierte Entwicklung, klinische Steuerung und Evaluation pflegerischer Versorgungskonzepte mit direktem Bezug zur klinischen Langzeitversorgung; die operative Umsetzung erfolgt in enger Abstimmung mit Typ III/IV in der direkten Versorgung – Direkte bewohner*innen- und angehörigenbezogene Beratung im Rahmen spezialisierter pflegerischer Versorgung – Anleitung und fachliche Begleitung von Pflegefachpersonen bei der Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahme – Eigenständige pflegerische Tätigkeit im Pflgeteam einschließlich fallführender Versorgung definierter Bewohner*innengruppen und Durchführung von Pflegevisiten – Beratung von Teams zu spezialisierten pflegerischen Maßnahmen – Beratung, Anleitung und fachliche Begleitung spezialisierter pflegerischer Interventionen unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Evidenz – Bewertung und evidenzbasierte Anpassung von Versorgungsprozessen im interprofessionellen Kontext – Aktive Evaluation und klinisch verantwortete Anpassung von Versorgungsprozessen mit dem Ziel einer verbesserten bewohner*innenzentrierten Ergebnisqualität

	– Kritische Bewertung und Reflexion komplexer Interventionen mit dem Ziel der evidenzbasierten Optimierung und Förderung informierter Entscheidungsfindung sowie des Empowerments der Betroffenen – Erstellung versorgungsbezogener Stellungnahmen, Risiko- und Fallanalysen aus fallführender klinischer Perspektive – Initiierung und klinisch verantwortete Begleitung von Projekten zur Konzeptentwicklung und Implementierung als Ergänzung zur direkten Versorgung
Kommunikation & Kooperation	– Beratung und fachliche Moderation in Fach- und Qualitätszirkeln – Mitwirkung am Schnittstellenmanagement auf Organisations- und Versorgungsebene mit klinischem Fokus, ohne alleinige Steuerungsverantwortung – Moderation komplexer, klinisch relevanter Fallbesprechungen – Präsentation und Kommunikation wissenschaftlicher Erkenntnisse in Praxis- und fachlich angebundene Leitungsebenen – Enge Abstimmung mit interprofessionellen Steuerungs- und Funktionsbereichen im Kontext konkreter Versorgungsprozesse – Kontinuierliche Kommunikation mit Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen bei hochkomplexen oder spezialisierten pflegerischen Fragestellungen – Aktives Einbringen pflegerelevanter Perspektiven und bewohner*innenbezogener Anliegen (Anwaltschaft) in interprofessionelle Fallbesprechungen, Qualitätszirkel und geeignete Gremien – Mitwirkung in interprofessionellen Steuerungs- und Entscheidungsgremien mit klinisch-fachlichem Schwerpunkt, ohne primäre Managementverantwortung
Gesundheitsförderung & Prävention	– Analyse und klinisch-fallbezogene Entwicklung gesundheitsfördernder Programme mit direktem Bezug zur Langzeitversorgung – Evaluation der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen – Analyse gesundheitsfördernder Bedarfe sowie konzeptionelle Entwicklung klinisch eingebetteter gesundheitsfördernder Programme – Leitung klinisch eingebetteter, bewohner*innenbezogener Präventionsprogramme (keine rein organisationsstrategischen Programme) – Systematisierte Information, Schulung und Beratung zu gesundheitsfördernden und präventiven Themen auf Basis aktueller Evidenz

	– Beratung von Pflegefachpersonen und Bewohner*innen in spezialisierten Versorgungssituationen – Enge, kooperative Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und weiteren Berufsgruppen im Rahmen klinisch begründeter präventiver Versorgungskonzepte
Organisation & Planung	– Planung und klinisch verantwortete Steuerung pflegerischer Versorgungskonzepte mit direktem Bezug zur klinischen Langzeitpflege – Praxisnahe Evaluation organisationaler Prozesse und Strukturen mit Fokus auf Versorgungsqualität, Bewohner*innensicherheit und Umsetzbarkeit – Mitwirkung an der Entwicklung, fachlichen Abstimmung und Evaluation einrichtungs- oder sektorenübergreifender Versorgungspfade aus klinischer Perspektive, ohne alleinige Steuerungsverantwortung
Leadership	– Praxisnahe Mitwirkung an Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit klinischem und versorgungsbezogenem Fokus – Mentoring von Mitarbeitenden der BAPID-Typen II–IV in klinischen Entscheidungs- und Fallführungsprozessen – Mitgestaltung pflegerischer Rollenprofile und Standards aus der direkten Versorgung heraus – Praxisnahe Vorbildfunktion innerhalb der direkten Versorgung sowie gezielte Begleitung von Studierenden und studentischen Projekten – Coaching zur Förderung einer professionellen Pflegekultur erfolgt situativ und klinisch begründet; keine automatische Zuordnung allein auf Basis der wissenschaftlichen Qualifikation
Qualität & Sicherheit	– Klinisch verantwortete Entwicklung und praxisnahe Implementierung von Qualitätsindikatoren – Systematische Analyse und wissenschaftlich fundierte Bewertung von Versorgungsprozessen einschließlich Qualitäts- und Sicherheitsaspekten der direkten Pflege – Beteiligung an klinikinternen Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Weiterentwicklung pflegerischer Qualität – Optionale Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitäts- oder Forschungsprojekten bei fortbestehender klinischer Fallverantwortung
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Mitgestaltung von Curricula in beratender, klinisch angebundener Funktion, nicht alleinverantwortlich – Durchführung von Fortbildungen und Schulungen mit Bezug zur klinischen Praxis

	– Mentoring wissenschaftlicher Nachwuchspersonen sowie Begleitung von Studierenden im klinischen Kontext – Kooperation mit Hochschulen und Forschungsnetzwerken fachlich mitwirkend, nicht steuernd – Förderung einer positiven Lern- und Entwicklungskultur sowie Mitgestaltung der Personalentwicklung – Mitwirkung an der Entwicklung und klinisch angebundenen Implementierung von Karrierepfaden – Initiierung und Durchführung pflegewissenschaftlicher Studien mit unmittelbarem Bezug zur klinischen Versorgungsqualität und Fallarbeit – Kontinuierliche eigene lebenslange Fort- und Weiterbildung
Technologie & E-Health	– Fachliche Bewertung digitaler Anwendungen im Hinblick auf pflegerische, ethische und sicherheitsrelevante Aspekte – Beratung zur Auswahl und Einführung neuer Technologien aus klinisch-pflegerischer Perspektive – Evaluation digitaler Entscheidungs- und Assistenzsysteme im klinischen Versorgungskontext – Beratung von Bewohner*innen und Fachpersonen bei der Nutzung digitaler und KI-gestützter Tools mit Fokus auf Nutzen-Risiko-Abwägung und ethische Reflexion
Selbstmanagement & Empowerment	– Evaluation, kontinuierliche Reflexion und klinisch fallbezogene Anpassung von Empowerment-Strategien – Beratung zur Förderung von Selbstwirksamkeit bei Bewohner*innen im Rahmen fallführender Pflegeexpert*innenarbeit – Förderung von Bewohner*inneneinbezug in Entscheidungs- und Versorgungsprozesse auf Fall- und Versorgungsebene – Unterstützung partizipativer Ansätze in Pflegepraxis, Forschung und Lehre in mitwirkender, nicht steuernder Rolle – Verankerung von Empowerment als klinisch leitendes Prinzip in pflegerischen Versorgungs- und Entscheidungsprozessen

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Forschung & Konzeptentwicklung

- Initiierung und klinisch angebundene Leitung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit direktem Bezug zur stationären Langzeitpflege und zu identifizierten Versorgungsbedarfen aus der eigenen bewohner*innenbezogenen Praxis

- Wissenschaftliche Datenerhebung, Analyse und Publikation zur Entwicklung, Evaluation und zum Transfer evidenzbasierter Konzepte in die pflegerische Praxis, ausgehend von konkreten Fragestellungen der direkten Versorgung
- Aktive Beteiligung an der Publikation wissenschaftlicher Ergebnisse sowie deren Transfer in die Praxis
- Mitarbeit an einrichtungsübergreifenden Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Verbesserung von Versorgungsprozessen, unter fortbestehender klinischer Fallverantwortung und ohne Abkopplung von der direkten Versorgung
- Direkte, spezialisierte bewohner*innenbezogene Pflegepraxis als Referenz- und Ausgangspunkt für Forschung, Konzeptentwicklung und Evaluation
- Entwicklung und Evaluation langzeitpflegespezifischer Versorgungskonzepte (z. B. demenzsensible, palliative oder biografieorientierte Pflege) als Teil der klinisch fallführenden APN-Rolle, nicht als alleinige Konzeptverantwortung

Beratung & Strategie

- Beratung von Leitungsgremien und Management im definierten Aufgabenrahmen und bezogen auf klinisch-pflegerische Fragestellungen der Langzeitpflege
- Mitarbeit in regionalen und überregionalen Fachgremien in fachlich-beratender Funktion, ohne koordinierende oder steuernde Gesamtverantwortung
- Fachlich begründete Beiträge zur Förderung beruflicher Autonomie und Professionalisierung des Pflegeberufs im Rahmen institutionell festgelegter Rollen und Zuständigkeiten
- Beratung interprofessioneller Gremien zur evidenzbasierten Optimierung von Versorgungsprozessen unter Einbringung pflegefachlicher und bewohner*innenbezogener Perspektiven
- Eigenständige Planung, Durchführung und Evaluation von Bildungs- und Wissenstransferangeboten als kontext- und funktionsabhängiger Aufgabenanteil, nicht als verpflichtender Bestandteil jeder Typ-V-Stelle
- Beratungstätigkeit erfolgt kompetenz-, rollen- und kontextabhängig und setzt entsprechende kommunikative, reflexive und relationale Kompetenzen voraus
- Beratung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen der direkten, spezialisierten Pflegepraxis
- Fachliche Beratung von Kolleginnen im Sinne einer nicht-hierarchischen Expert*innen- und Unterstützungsrolle

Qualität & Organisation

- Fachliche und klinisch-praxisnahe strategische Beratung im klinisch-praxisnahen Kontext zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen, keine alleinige oder systemweite Steuerungsverantwortung
- Analyse von Versorgungsdaten auf Team-, Einrichtungs- oder Versorgungspfad-Ebene zur Identifikation von Verbesserungsbedarfen und Prozessoptimierung

- Begleitende Beratung und fachliche Unterstützung von Teams bei der Umsetzung qualitätsorientierter Konzepte auf Basis vorgegebener Standards, keine organisationsweite Gesamtverantwortung
- Evaluation langzeitpflegespezifischer Versorgungspfade und Ableitung von Handlungsempfehlungen für deren Weiterentwicklung im eigenen klinischen Verantwortungsbereich

Ausbildung & Lehre

- Durchführung von Fortbildungen, Fachvorträgen und klinisch-fachlich ausgerichteten Lehrveranstaltungen, keine hochschuldidaktische oder curriculare Lehre ohne entsprechende Qualifikation
- Mentoring von Mitarbeitenden und Studierenden kompetenz- und rollenabhängig; Mentoring setzt entsprechende kommunikative und reflexive Fähigkeiten voraus
- Aktive Mitgestaltung wissenschaftlicher Weiterbildungsangebote im klinisch-praktischen Kontext sowie Förderung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses ohne formale Ausbildungs- oder Prüfungsverantwortung
- Regelmäßige Analyse, kritische Bewertung und Anpassung eingesetzter Beratungs- und Schulungsmethoden zur Unterstützung von Autonomie, Selbstmanagement und individuellen Lern- und Versorgungsbedürfnissen
- Thematische Schwerpunkte (z. B. demenzsensible, palliative oder biografieorientierte Pflege) können kontextabhängig gesetzt werden, ohne eine inhaltliche Festlegung der Rolle

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Abgeschlossener Masterabschluss in Pflegewissenschaft, Gerontologie, Geriatrischer Pflege, Advanced Practice Nursing (APN) oder einem vergleichbaren pflegewissenschaftlichen Masterstudiengang.
Wünschenswerte Weiterbildungen	Weiterbildungen in fachlich einschlägigen Bereichen wie z. B. Wundmanagement, Schmerzmanagement, Demenzversorgung sowie Qualitäts- und Projektmanagement können die Ausübung der Rolle unterstützen, sind jedoch keine Voraussetzung für die Zuordnung zum BAPID Typ V.
Erfahrung	Eine verpflichtende Berufserfahrung ist nicht vorausgesetzt. Das Kompetenzprofil beschreibt den Qualifikationsstand unmittelbar nach Abschluss eines pflegebezogenen Masterstudiums. Berufserfahrung kann die Ausübung der Rolle unterstützen und vertiefen, ist jedoch keine formale Voraussetzung für die Zuordnung zum BAPID Typ V. Der konkrete Einsatz, Verantwortungsumfang und Stellenzuschnitt werden einrichtungs- und kontextabhängig festgelegt, z. B. im Rahmen strukturierter Einarbeitung, gestufter Übernahme von Verantwortungsanteilen oder ausgewiesener APN-Entwicklungsmodelle.

11. Persönliche Eigenschaften:

- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit sowie hohe Eigenverantwortung und ausgeprägte Selbstorganisation
- Kritikfähigkeit, Belastbarkeit, Organisationstalent und Flexibilität
- Ausgeprägte Reflexions- und Analysefähigkeit sowie strukturiertes, vernetztes Denken
- Verantwortungsbewusstsein, Empathie und Freude an der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen
- Kommunikationsfähigkeit in Wort und Schrift, Kollegialität und professionelles Auftreten
- Körperliche und seelische Stabilität, Ausgeglichenheit, Geduld und Kreativität
- Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Initiative, Konfliktfähigkeit und Urteilsvermögen
- Bereitschaft zur kontinuierlichen persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Fähigkeit zur wissensbasierten Vermittlung sowie zur fachlich-wissenschaftlich begründeten Anleitung von Mitarbeitenden unterschiedlicher Qualifikationsstufen (BAPID Typ II–IV)
- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Gestaltung einer professionellen Nähe-Distanz-Balance
- Sicheres Auftreten in interprofessionellen Teams sowie in anspruchsvollen Versorgungssituationen der Langzeitpflege
- Ethische Sensibilität und Entscheidungsfähigkeit im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich, insbesondere in palliativen und lebensbegleitenden Versorgungssituationen, nach anerkannten ethischen und wissenschaftlichen Standards
- Bewusstsein dafür, dass Sozial-, Kommunikations- und ggf. Führungs- oder Lehrkompetenzen aufgaben- und kontextabhängig unterschiedlich ausgeprägt sein müssen
- Reflektierte Einschätzung der eigenen Eignung für beratende, lehrbezogene oder konzeptuelle Aufgaben; eine hohe wissenschaftliche Qualifikation ersetzt nicht automatisch entsprechende soziale oder didaktische Kompetenzen
- Orientierung an den Grundrechten (insb. Art. 1 GG), einem humanistischen Menschenbild, ethischen Werten sowie an wissenschaftlichen Gütekriterien pflegerischen Handelns (z. B. ICN-Ethikkodex)
- Beziehungsorientiertes und biografiegeleitetes Arbeiten als Bestandteil professioneller Pflegepraxis in langfristigen Betreuungssituationen

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. flexible Arbeitszeitgestaltung; anteilige Freistellung für Forschungs-, Entwicklungs- und Konzeptarbeiten; Berücksichtigung individueller Verfügbarkeiten]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den</i>

Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote sind für dieses Rollenprofil insbesondere auf wissenschaftlich fundierte, versorgungsbezogene und entwicklungsorientierte Inhalte (z. B. evidenzbasierte Praxis, klinische Expertise, Qualitäts- und Praxisentwicklung, Versorgungsforschung) auszurichten und im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten bereitzustellen.]

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die/der Pflegeexpert*in arbeitet eng mit allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zusammen – einschließlich Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten und Betreuenden – und ist dabei regelhaft in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden. Sie/er trägt durch strukturierte Informationsweitergabe, fachliche Einordnung und bewohner*innenbezogene Abstimmung zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität in der stationären Langzeitpflege bei. Eine koordinierende oder übergeordnete Gesamtverantwortung für interprofessionelle oder sektorübergreifende Prozesse liegt nicht bei der einzelnen Stelle, sondern erfolgt im Rahmen der jeweiligen Organisations- und Trägerstrukturen. Darüber hinaus ist die/der Pflegeexpert*in fachlich beratend in interprofessionelle Abstimmungs-, Steuerungs- und Entscheidungsgremien eingebunden und wirkt in regionalen oder überregionalen Netzwerken, Fachgremien und Qualitätszirkeln mit, ohne eine steuernde oder koordinierende Netzwerkverantwortung zu übernehmen. Kontakte zu externen Akteur*innen (z. B. Hospiz- und Palliativdiensten, Selbsthilfegruppen, wissenschaftlichen Fachgremien) erfolgen fall-, projekt- oder kontextbezogen und dienen dem Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der direkten Langzeitpflegeversorgung.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet die Möglichkeit, die eigene wissenschaftliche Expertise kontinuierlich auszubauen und diese systematisch in der direkten klinischen Versorgung sowie in der praxisnahen Weiterentwicklung pflegerischer Rollen und Versorgungsansätze der Langzeitpflege einzubringen. Dazu gehören die Mitarbeit – und kontextabhängig auch die Übernahme fachlicher Leitungsteile – klinisch angebundener Forschungs- und Entwicklungsprojekte, die fachliche Mitgestaltung von Rollenprofilen und Qualitätsstandards in Abstimmung mit zentralen Stellen sowie die mitwirkende Teilnahme an regionalen und überregionalen Fachgremien. Ein besonderer Fokus liegt auf praxisgeleiteten, klinisch angebundenen Forschungs- und Evaluationsprojekten, die der Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung auf Basis konkreter Versorgungsbedarfe in der Langzeitpflege dienen, ohne die klinische Fallverantwortung zu ersetzen. Perspektivisch kann –

abhängig von Aufgabenprofil, institutionellem Bedarf und organisatorischen Rahmenbedingungen – die Weiterqualifizierung im Bereich Advanced Practice Nursing (APN) sowie weitere wissenschaftliche Qualifikationswege (z. B. Promotion) unterstützt werden; eine Verpflichtung oder automatische Entwicklungsperspektive ist hiermit nicht verbunden.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einrichtung stellt einen strukturierten, rollen- und aufgabenbezogenen Einarbeitungsprozess sicher, der mehrgleisig und flexibel ausgestaltet ist und durch erfahrene Pflegeexpert*innen mit pflegewissenschaftlicher Expertise begleitet wird; sofern diese nicht verfügbar sind, kann die Begleitung auch durch akademisierte Pflegefachpersonen oder erfahrene Pflegefachpersonen erfolgen. Regelmäßige Reflexionsgespräche und kollegiale Beratung sind Bestandteil der Personalentwicklung. Supervision erfolgt nicht regelhaft, sondern situativ und abhängig von Qualifikation, Bedarf und organisationalen Rahmenbedingungen. Die/der Pflegeexpert*in übernimmt im Rahmen der eigenen fachlichen und didaktischen Kompetenzen eine Mentoring-Funktion für Mitarbeitende der BAPID-Typen II–IV und unterstützt Praxisanleitende im Ausbildungsprozess, ohne formale Supervisions- oder Ausbildungs-Gesamtverantwortung. Darüber hinaus begleitet sie/er projekt- und kontextbezogen wissenschaftliche Nachwuchspersonen im Rahmen von Projekten und Forschungsarbeiten. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der standardorientierten und praxisnahen Unterstützung beim Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die direkte pflegerische Versorgung sowie in anspruchsvollen und sich verändernden Versorgungssituationen der Langzeitpflege.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Der Erfolg der Stellenbesetzung zeigt sich an struktur-, prozess- und rollenbezogenen, nicht personenbezogenen, messbaren und beobachtbaren Kriterien. Sie ermöglichen eine fundierte Rückmeldung im Rahmen von Mitarbeitendengesprächen, Qualitätsentwicklungen oder Fachgesprächen. Die Bewertung kann durch Rückmeldungen, Dokumentationsanalysen oder Prozessbeobachtungen erfolgen.

– Qualität der pflegerischen Versorgung

Messbar durch: Beteiligung an Konzept- und Qualitätsaudits, interne und externe Evaluationen, Ergebnisse von Forschungs- und Entwicklungsprojekten sowie den Grad der strukturierten, standardorientierten Umsetzung evidenzbasierter Konzepte in pflegerischen Versorgungsprozessen der Langzeitpflege.

Eine personenbezogene Zuordnung von bewohner*innenbezogenen Outcomes (z. B. Sturz- oder Dekubitusprävalenz, Fixierungsraten) zur/zum Stelleninhaber*in ist ausgeschlossen; solche Kennzahlen werden ausschließlich auf Struktur- und Prozessebene berücksichtigt.

– Zufriedenheit von Leitungsgremien, Teams und externen Partner*innen

Messbar durch: Ergebnisse aus Feedbackgesprächen mit Management, Teamrückmeldungen, Beteiligung an Qualitätszirkeln sowie qualitatives Kooperationsfeedback im Rahmen institutionell verankerter Projekte.

– **Integration und Kommunikation im Team**

Messbar durch: Einschätzungen aus Mitarbeitendengesprächen, Rückmeldungen im Team, Teilnahme an Dienst- und Leitungsgesprächen sowie Beobachtung der fachlichen Einbindung in interprofessionelle Fall-, Reflexions- und Abstimmungsformate sowie Mentoring-Aktivitäten im Rahmen der Rolle.

– **Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen**

Messbar durch: Dokumentation zur Anwendung von Leitlinien, Eintragungen in Qualitätsberichte, Fachgespräche sowie Rückmeldungen aus kollegialer Beratung. Supervision wird nicht als regelhafter Wirkungsindikator herangezogen.

– **Aktive Mitwirkung an internen Entwicklungsprozessen**

Messbar durch: Beteiligung an Arbeitsgruppen, Projektteams oder Qualitätszirkeln, dokumentierte Beiträge zu Konzept- und Rollenentwicklungen, Fortbildungs- und Wissenstransferimpulse für Kolleg*innen sowie praxisbezogene Ergebnisse wissenschaftsbasierter Projekte mit Bezug zur direkten Langzeitpflegeversorgung.

Die Bewertung der Wirkung der Stelle erfolgt ausdrücklich nicht als individuelle Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung. Wirkungen ergeben sich aus dem Zusammenwirken der Pflegeexpert*in mit team-, prozess- und organisationsbezogenen Versorgungsstrukturen und werden entsprechend kontextualisiert. Die genannten Indikatoren dienen der regelmäßigen gemeinsamen Reflexion im Rahmen von Jahresgesprächen, Einarbeitungsbewertungen und Qualitätsdialogen, nicht der individuellen Leistungssteuerung.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die/der Pflegeexpert*in ist in ein wissenschaftlich orientiertes, interdisziplinäres Team eingebunden und übernimmt neben projekt- und entwicklungsbezogenen Aufgaben eine aktive Rolle in der direkten, spezialisierten pflegerischen Versorgung von Bewohner*innen. Die Rolle ist regelhaft in die klinische Langzeitpflegepraxis eingebunden und nicht als reine Projekt- oder Stabsfunktion angelegt. Kooperationen mit Hochschulen, Forschungsverbünden und Managementebenen sind auf institutioneller Ebene verankert; die Pflegeexpert*in wirkt daran fachlich mit, ohne diese eigenständig zu koordinieren oder zu leiten. Sie/er ist aktiv in multiprofessionelle Projekt- und Qualitätsgremien eingebunden und arbeitet zugleich fallführend bzw. prozessbegleitend mit definierten Bewohner*innengruppen. Die Pflegeexpert*in ist integraler Bestandteil des Pflgeteams und nimmt darin eine ausgewiesene klinische Expert*innenrolle ein, ergänzt durch Mentoring- und Beratungsfunktionen für Mitarbeitende anderer Qualifikationsniveaus im Rahmen der eigenen fachlichen und didaktischen Kompetenz. Die Organisation stellt fachliche Unterstützung, kollegiale Beratung (keine regelhafte Supervision), geregelte Kommunikationsstrukturen sowie Zugang zu aktuellen wissenschaftlichen Ressourcen sicher. Externe Kooperationen mit Akteur*innen wie Hospizdiensten, Angehörigenvertretungen, Demenznetzwerken oder Selbsthilfegruppen erfolgen fall-, projekt- oder kontextbezogen im Rahmen der direkten Versorgung oder institutioneller Kooperationen, ohne dass der Pflegeexpert*in hierfür eine eigenständige Steuerungs- oder Netzwerkverantwortung zukommt. Ein besonderer Fokus liegt auf der evidenzbasierten Gestaltung, Begleitung und Evaluation pflegerischer Versorgungsprozesse in der stationären Langzeitpflege sowie auf der engen Abstimmung innerhalb interprofessioneller Teams in langfristigen und sich verändernden Versorgungssituationen.

1. Kompetenzprofil

Pflegefachassistentenperson – Akutstationäre Pflege – BAPID Typ II

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung einer standardorientierten, bedarfsgerechten und personen-zentrierten pflegerischen Versorgung im Rahmen von Basispflege sowie definierten Aufgaben der Behandlungspflege in stabilen Pflegesituationen. Ziel ist die zuverlässige und verantwortungsbewusste Unterstützung der Pflegefachpersonen im Pflegeprozess, dessen Verantwortung gemäß § 4 Pflegeberufgesetz (PflBG) bei der Pflegefachperson liegt, sowie die Mitwirkung nach klar vorgegebenen Standards an der Förderung von Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität der Patient*innen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und unter Anleitung der Pflegefachperson. Die Stelle umfasst zudem vorbereitende und begleitende Tätigkeiten bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen im akutstationären Setting in stabilen Behandlungssituationen nach Delegation sowie die sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und Beobachtungen.

3. Einrichtungstyp / Kontext

[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz der Pflegefachassistentenperson (BAPID Typ II) erfolgt in Einrichtungen der akutstationären Versorgung (z. B. Akutkrankenhäuser der Grund- und Regelversorgung) auf Stationen mit überwiegend standardisierten pflegerischen Abläufen. Regionale Besonderheiten, Größe der Einrichtung, Teamzusammensetzung, technische Ausstattung sowie konkrete Einsatzbereiche sind einrichtungsspezifisch festzulegen.]

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ II (AX/P2/S0)
Qualifikationsniveau	Pflegefachassistent (nach Pflegefachassistentengesetz; Ausbildungsdauer abhängig von landesrechtlichen Regelungen)
Verortung im Kompetenzrahmen	Pflegefachassistentenperson mit assistiven und mitwirkenden Aufgaben in stabilen, standardisierten Pflegesituationen unter Anleitung und nach Delegation durch eine Pflegefachperson

5. Berufliche Rolle

Die Pflegefachassistentenperson arbeitet im Rahmen klar vorgegebener Standards eigenständig im Rahmen der ihr übertragenen Aufgaben in stabilen Pflegesituationen und unterstützt die Pflegefachperson bei veränderten, nicht mehr stabilen Verläufen nach Delegation und unter

fachlicher Anleitung. Sie führt basispflegerische und prophylaktische Maßnahmen standardorientiert und sachgerecht durch, wirkt an definierten behandlungspflegerischen Tätigkeiten nach Delegation mit und beobachtet den Gesundheitszustand der Patient*innen sorgfältig im Rahmen ihrer Zuständigkeit und gibt Auffälligkeiten zeitnah an die Pflegefachperson weiter. Die Rolle umfasst auch vorbereitende und nachsorgende Tätigkeiten nach klar vorgegebenen Standards bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in stabilen Behandlungssituationen. Sie ist geprägt durch zugewandte, beziehungsorientierte Unterstützung, verlässliche Teamarbeit, verantwortungsbewusstes Handeln und einen respektvollen, wertschätzenden Umgang mit Patient*innen, deren An- und Zugehörigen sowie Kolleg*innen.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen des Pflegefachassistenzgesetzes sowie an landesrechtlichen Vorgaben und steht im Einklang mit den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG). Die Tätigkeiten erfolgen in stabilen Pflegesituationen eigenständig nach vorgegebenen Standards und in nicht stabilen Situationen ausschließlich nach Anweisung und unter Aufsicht der Pflegefachperson. Die Pflegefachassistenzperson unterstützt die Qualitätssicherung durch die fachgerechte Durchführung delegierter Tätigkeiten sowie durch die sachgerechte, zeitnahe Dokumentation und Weitergabe relevanter Beobachtungen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und arbeitet standardorientiert nach den träger- und einrichtungsspezifischen Konzepten soweit diese den gesetzlichen Vorgaben entsprechen.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die Pflegefachassistenzperson ist verantwortlich für die sach- und fachgerechte Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards sowie für die ordnungsgemäße Durchführung delegierter behandlungspflegerischer Tätigkeiten in stabilen Pflegesituationen. Sie beobachtet den Gesundheitszustand sorgfältig, erkennt Auffälligkeiten und gibt diese zeitnah und strukturiert an die zuständige Pflegefachperson weiter. Innerhalb ihres Kompetenzbereichs wirkt sie standardorientiert an der pflegerischen Betreuung mit und führt die Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und Beobachtungen sachgerecht und zeitnah im vorgegebenen Rahmen aus. Darüber hinaus umfasst die Stelle vorbereitende und begleitende Tätigkeiten nach klar vorgegebenen Standards bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen, soweit diese in stabilen Behandlungssituationen vorgesehen und delegiert sind.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Werten auf Grundlage eines humanistischen Menschenbildes sowie der Wahrung der Menschenwürde und Autonomie (Art. 1 GG) – Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, Empathie

	– Einhaltung rechtlicher und institutioneller Vorgaben einschließlich Schweigepflicht und Datenschutz – Verantwortungsbewusstsein und professionelle Abgrenzung im eigenen Aufgabenbereich – Trifft ethische Entscheidungen ausschließlich im Rahmen des eigenen Aufgabenbereichs und bezieht bei weitergehenden Fragestellungen die Pflegefachperson aktiv ein – Ethische Sensibilität gegenüber der Vulnerabilität der Patient*innen sowie der Machtasymmetrie in Pflegebeziehungen – Reflexion eigener Wertvorstellungen im Abgleich mit berufsethischen Prinzipien und allgemein anerkannten berufsethischen Kodizes (z. B. ICN-Ethikkodex) – Respektvoller und sensibler Umgang mit Diversität, unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und Lebensformen – Achtsamkeit gegenüber den eigenen Belastungsgrenzen sowie verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Gesundheit
Pflegerische Versorgungspraxis	– Sach- und fachgerechte Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards (z. B. Körperpflege, Mobilisation, Ernährung) – Durchführung prophylaktischer Maßnahmen ausschließlich nach Delegation sowie unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson – Mitwirkung an behandlungspflegerischen Maßnahmen nach Delegation und unter fachlicher Anleitung (z. B. Vitalzeichenkontrolle, klar delegierte, risikoarme Teilhandlungen im Rahmen standardisierter Abläufe) – Unterstützung bei der Mobilisation, Positionierung und beim Transfer – Mitwirkung bei palliativer Begleitung unter Anleitung in stabilen Situationen – Wahrnehmung und Beobachtung des Gesundheitszustands sowie von Bedürfnissen und Wünschen der Patient*innen (auch bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit) und Weitergabe relevanter Informationen – Einhaltung von Hygiene- und Sicherheitsvorgaben – Vorbereitende und begleitende Tätigkeiten nach klar vorgegebenen Standards bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen in stabilen Behandlungssituationen – Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten pflegerischen Maßnahmen und Beobachtungen

	– Unterstützende Tätigkeiten im pflegerischen Alltag, einschließlich servicenahe Aufgaben (z. B. Unterstützung bei Mahlzeiten), im Rahmen der eigenen Zuständigkeit – In Notfallsituationen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständige Entscheidungsfindung in kritischen oder instabilen Situationen – Einfache alltagsbezogene Anleitungen für Patient*innen ausschließlich unter Anleitung; keine eigenständige Beratung – Mitwirkung als Rückmelde- und Informationsschnittstelle im interprofessionellen Team ohne eigene Steuerungs- oder Entscheidungsverantwortung
Kommunikation & Kooperation	– Strukturierte Weitergabe relevanter Beobachtungen und Informationen an die zuständige Pflegefachperson vor Dienstübergaben und Besprechungen – Freundliche, wertschätzende Kommunikation mit Patient*innen, An- und Zugehörigen sowie Kolleg*innen im Rahmen alltagsbezogener, nicht-beratender Gesprächssituationen – Zeitgerechte Informationsweitergabe zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Vorgaben der Pflegefachpersonen sowie sachgerechte und zeitnahe schriftliche bzw. digitale Dokumentation relevanter Informationen – Abgestimmte Zusammenarbeit mit weiteren Funktionsbereichen (z. B. Therapie, Service, Transport) im Rahmen stabiler, standardisierter Abläufe, ohne eigenständige Koordination interprofessioneller Prozesse – Wahrung der Schweigepflicht und der datenschutzrechtlichen Vorgaben (DSGVO) in allen Kommunikationssituationen – Deeskalierendes Mitwirken bei Konflikten im Team oder mit An- und Zugehörigen unter Rückgriff auf Pflegefachpersonen oder andere zuständige Stellen – Aktive Rückmeldung relevanter Beobachtungen sowie Bereitschaft zur Annahme und Umsetzung von Feedback im Rahmen der eigenen Tätigkeit – Sensibler Umgang mit sprachlichen, kulturellen und sozialen Unterschieden; bei Bedarf Hinzuziehen geeigneter Unterstützung
Gesundheitsförderung & Prävention	– Unterstützung bei gesundheitsfördernden Maßnahmen (z. B. Bewegung im Alltag, Unterstützung bei Mahlzeiten) im Rahmen vorgegebener Standards und unter Anleitung der Pflegefachperson – Motivation der Patient*innen zur Teilnahme an sozialen und therapeutischen Angeboten nach Absprache mit der Pflegefachperson

	– Anleitung zu gesundheitsfördernden Alltagsgewohnheiten ausschließlich in einfachen, standardisierten Alltagssituationen und ohne eigenständige Beratungsfunktion – Mitwirkung an prophylaktischen Maßnahmen (z. B. Sturz-, Haut- und Infektionsprävention) nach klar vorgegebenen Standards und nach Delegation – Beobachtung der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen durch die Patient*innen sowie zeitnahe Rückmeldung bei Auffälligkeiten, Risiken oder Unterstützungsbedarf an die Pflegefachperson – Keine eigenständige Gesundheits-, Lebensstil- oder medizinische Beratung; Gesundheitsberatung und Aufklärung sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses
Organisation & Planung	– Mitarbeit bei der Organisation von Arbeitsabläufen im Team im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Vorgaben der Pflegefachperson – Beobachtung von Veränderungen im Pflegeverlauf sowie zeitnahe Weitergabe relevanter Informationen an die Pflegefachperson – Ressourcenschonendes Arbeiten als ergänzender Grundsatz im pflegerischen Alltag – Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und relevanter Beobachtungen als Bestandteil organisatorischer Aufgaben – Mitarbeit an der praktischen Abstimmung im Team (z. B. Reihenfolge von Tätigkeiten, Unterstützung bei Engpässen) – Unterstützende und supportive Tätigkeiten im Stationsalltag (z. B. Begleitung von Patient*innen zu Untersuchungen, hauswirtschaftliche Unterstützungsaufgaben) – Unverzögliche Weiterleitung von Abweichungen im Ablauf oder Notfallsituationen an die Pflegefachperson – Organisation und Planung umfassen nicht die Planung, Steuerung oder Evaluation des Pflegeprozesses; diese sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson
Leadership	– Mitwirkung bei der Einarbeitung neuer Mitarbeitenden auf gleichem Qualifikationsniveau durch Weitergabe von Erfahrungen im eigenen Aufgabenbereich und in Rückkopplung mit der Pflegefachperson – Unterstützung des Teams durch verlässliche Zuarbeit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit – Wirkt bei der Integration neuer Teammitglieder mit, indem sie im eigenen Aufgabenbereich als positives Vorbild agiert

	– Übernimmt keine Leitungs-, Steuerungs- oder Entscheidungsverantwortung; Pflegeprozess- und Personalverantwortung liegen ausschließlich bei der Pflegefachperson – Fördert durch respektvollen Umgang, offene Kommunikation und unterstützendes Verhalten eine konstruktive Teamkultur – Wirkt bei Konflikten im Arbeitsalltag deeskalierend und unterstützend mit und bezieht bei Bedarf Pflegefachpersonen oder andere zuständige Stellen ein – Reflektiert die eigenen Aufgaben, Rollen und Grenzen und vermeidet die Übernahme nicht zulässiger Tätigkeiten
Qualität & Sicherheit	– Umsetzung interner Standards im eigenen Aufgabenbereich unter fachlicher Verantwortung der Pflegefachperson – Beobachtung des Gesundheitszustands sowie potenzieller Risikoanzeichen (z. B. Veränderungen des Hautbildes, Mobilität) und sachgerechte, zeitnahe Dokumentation der selbstständig durchgeführten Maßnahmen und Beobachtungen sowie zeitgerechte Informationsweitergabe an die Pflegefachperson – Beitrag zur Qualität und Sicherheit durch standardorientiertes Arbeiten, Hygiene- und Sicherheitsbewusstsein sowie durch Beobachtung, Dokumentation und Weitergabe relevanter Informationen – Keine eigenständige Durchführung von Assessments (z. B. Risiko- oder Hautassessments); Einschätzung, Bewertung und Ableitung von Maßnahmen erfolgen durch die Pflegefachperson – Wahrung von Hygiene- und Infektionsschutzstandards im eigenen Aufgabenbereich – Unverzügliche Weiterleitung von Auffälligkeiten, Abweichungen, Fehlern oder Beinahefehlern (z. B. über interne Fehlermeldesysteme wie CIRS) an die Pflegefachperson bzw. zuständige Stellen – In kritischen oder notfallartigen Situationen sofortige Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen Entscheidungen – Risikoassessment, Qualitätsentwicklung, -steuerung und -evaluation sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Bereitschaft und Verpflichtung zur Teilnahme an internen und externen Fortbildungen zur Sicherstellung einer fachgerechten Aufgabenerfüllung (z. B. Hygiene, Notfallmanagement) – Aktive Beteiligung an kollegialen Beratungs- und Lernprozessen durch Austausch, Rückfragen und Rückmeldungen an Pflegefachpersonen und Praxisanleitende, ohne Übernahme von Anleitungs- oder Bewertungsverantwortung

	– Weitergabe einfacher, alltagsbezogener Hinweise im eigenen Aufgabenbereich an Praktikant*innen oder FSJ/BFD-Kräfte in Rückkopplung mit der Pflegefachperson – Aktives Einholen von Rat bei Pflegefachpersonen in unsicheren Situationen sowie sachgerechte mündliche und schriftliche Weitergabe relevanter Informationen – Reflexion des eigenen Handelns und aktive Annahme von Feedback als Bestandteil professionellen Lernens – Umsetzung neuer pflegerischer Standards und Erkenntnisse, sobald diese in der Einrichtung eingeführt sind – Bereitschaft zur Nutzung digitaler Dokumentationssysteme und technischer Assistenzsysteme sowie zur entsprechenden Fortbildung – Keine Übernahme von Praxisanleitung, Leistungsbewertung oder Kompetenzentwicklung anderer; diese Aufgaben liegen ausschließlich bei Pflegefachpersonen
Technologie & E-Health	– Nutzung digitaler Dokumentationssysteme im Rahmen des eigenen Aufgabenbereichs unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben und der Schweigepflicht (DSGVO) – Anwendung technischer Hilfsmittel im Rahmen delegierter Tätigkeiten und nach entsprechender Einweisung, unter fachlicher Verantwortung der Pflegefachperson – Unterstützung bei der Vorbereitung und Nutzung medizinisch-technischer Geräte nach formaler Einweisung gemäß Medizinprodukteverordnung/MPBetreibV in stabilen Situationen – Mitwirkung bei telemedizinischen und digitalen Anwendungen (z. B. technische Unterstützung bei der Erfassung oder Übertragung von Vitaldaten), ohne eigenständige Interpretation oder Bewertung der Daten – Unterstützung von Patient*innen bei der Nutzung einfacher digitaler Anwendungen (z. B. Tablets zur Kommunikation), ohne Beratung zu medizinisch-pflegerischen E-Health-Anwendungen – Unverzügliche Meldung technischer Mängel, Störungen oder Defekte an zuständige Stellen; keine eigenständige Behebung oder Risikoabwägung – Bereitschaft zur kontinuierlichen Schulung und Einarbeitung in digitale Dokumentationssysteme, technische Hilfsmittel und Assistenzsysteme
Selbstmanagement & Empowerment	– Unterstützung der Patient*innen bei Alltagsaktivitäten und Selbstpflege

-
- Förderung von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Anleitung der Pflegefachperson
 - Motivation und Ermutigung der Patient*innen zu selbstständigem Handeln im Alltag in stabilen Pflegesituationen nach vorgegebenen Standards
 - Beobachtung der Selbstpflegefähigkeiten, vorhandener Ressourcen sowie möglicher Hindernisse und zeitnahe Rückmeldung an die Pflegefachperson
 - Unterstützung erfolgt orientiert an individuellen Fähigkeiten sowie sozialen und kulturellen Bedingungen und ausschließlich in Rücksprache mit der Pflegefachperson
 - Keine eigenständige Patient*innenedukation, Gesundheits- oder Krankheitsberatung; Planung und Steuerung von Empowerment-Maßnahmen sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson
-

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Durchführung basispflegerischer Maßnahmen nach vorgegebenen Standards im Rahmen der Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson (z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilisation)
- Mitwirkung an prophylaktischen Maßnahmen ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson in stabilen Pflegesituationen
- Mitwirkung an definierten/spezifischen behandlungspflegerischen Maßnahmen gemäß curricularer Qualifikation ausschließlich unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson
- Unterstützung bei Positionierung und Mobilisation
- Vorbereitende und nachsorgende Tätigkeiten nach klar vorgegebenen Standards bei definierten diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen in stabilen Pflegesituationen unter Anleitung und Aufsicht der Pflegefachperson
- Beobachtung von Veränderungen im Gesundheitszustand sowie der Selbstpflegefähigkeit und zeitnahe Weitergabe an die Pflegefachpersonen
- Sachgerechte und zeitnahe Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten im vorgegebenen Rahmen
- Bei akuten Veränderungen oder Notfällen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen Entscheidungen
- Unterstützende Mitwirkung bei der Förderung von Selbstständigkeit und Beteiligung der Patient*innen im Alltag, ohne beratende oder steuernde Funktion
- Weitergabe relevanter Beobachtungen an die Pflegefachperson zur Nutzung in der interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen)
- Alle Tätigkeiten erfolgen unter Einhaltung geltender Hygiene- und Sicherheitsstandards

Koordination & Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen, Therapeut*innen und anderen Berufsgruppen in unterstützender Funktion
- Teilnahme an Fallbesprechungen und Teambesprechungen zur Informationsweitergabe, ohne Steuerungs- oder Entscheidungsbefugnis
- Verlässliche Unterstützung bei der Organisation von Arbeitsabläufen im Team, ohne eigenständige Koordination oder Priorisierung
- Zeitgerechte Informationsweitergabe zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Vorgaben der Pflegefachperson sowie sachgerechte schriftliche bzw. digitale Dokumentation relevanter Informationen
- Informationsweitergabe an Patient*innen sowie An- und Zugehörige ausschließlich im Rahmen der eigenen Zuständigkeit; umfassende Beratung obliegt der Pflegefachperson
- Deeskalierendes Mitwirken bei Konflikten im Team, ohne eigenständige Entscheidungs- oder Steuerungsfunktion
- Bei kritischen Situationen oder akuten Veränderungen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals

Qualität & Organisation

- Einhaltung von Hygienestandards und Sicherheitsvorgaben im eigenen Aufgabenbereich
- Beobachtung von Risikofaktoren (z. B. Veränderungen des Hautbildes, Mobilität) sowie vollständige, zeitnahe und nachvollziehbare Dokumentation der selbst durchgeführten Tätigkeiten und Beobachtungen
- Zeitnahe Weitergabe von Auffälligkeiten, Risiken oder Abweichungen an die Pflegefachperson; Bewertung, Neueinschätzung und Maßnahmenplanung erfolgen durch die Pflegefachperson
- Meldung von Fehlern, Abweichungen oder Beinahefehlern gemäß einrichtungsinternen Verfahren (z. B. CIRS)
- Bei Risiken, akuten Veränderungen oder Notfällen unverzügliche Information der Pflegefachperson bzw. des ärztlichen Personals; keine eigenständigen Entscheidungen
- Sorgfältiger Umgang mit Materialien und Hilfsmitteln im Rahmen der eigenen Zuständigkeit
- Unterstützung bei der Umsetzung einrichtungsinterner Standards im eigenen Handlungsfeld
- Teilnahme an regelmäßigen Schulungen zu Hygiene-, Sicherheits- und Qualitätsstandards

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Zuwendungsvolle, respektvolle und kultursensible Beziehungsgestaltung mit Patient*innen
- Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und sozialer Teilhabe
- Förderung der Selbstständigkeit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Anleitung der Pflegefachperson
- Motivation und begleitende Unterstützung der Patient*innen zu selbstständigem Handeln im Alltag in stabilen Pflegesituationen

- Beobachtung von Ressourcen, Selbstpflegefähigkeiten und möglichen Einschränkungen der Patient*innen sowie zeitnahe Rückmeldung an die Pflegefachperson bei Unterstützungsbedarf
- Unterstützung erfolgt individuell angepasst sowie diversitäts- und kultursensibel und ausschließlich in Rücksprache mit der Pflegefachperson
- Keine eigenständige Pflegeberatung, Patient*innenedukation, Schulung oder Evaluation; diese sind Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses
- In kritischen Situationen oder bei Anzeichen von Überforderung unverzügliche Information der Pflegefachperson

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Abgeschlossene Ausbildung als Pflegefachassistent*in nach Pflegefachassistentengesetz oder eine gleichwertige landesrechtlich geregelte pflegerische Assistenzqualifikation
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegefachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung notwendig.

11. Persönliche Eigenschaften:

- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit und Verantwortungsbewusstsein
- Belastbarkeit und Flexibilität im Schichtdienst
- Respektvoller, wertschätzender Umgang mit Patient*innen, An- und Zugehörigen und Kolleg*innen
- Empathie und Freude an der Arbeit mit Menschen in pflegerischen Versorgungssituationen
- Geduld, Ausgeglichenheit und Einfühlungsvermögen
- Bereitschaft zur Anleitung durch Pflegefachpersonen und zur Arbeit nach klar vorgegebenen Standards sowie zur kollegialen Zusammenarbeit
- Fähigkeit, Beobachtungen sorgfältig, klar und zeitnah an die zuständige Pflegefachperson weiterzugeben
- Bereitschaft zur persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Orientierung am Leitbild der Einrichtung
- Orientierung an ethischen Werten und einem humanistischen Menschenbild sowie an berufsethischen Prinzipien (z. B. Würde des Menschen, Gleichbehandlung, ICN-Ethikkodex)
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Vulnerabilität, Krankheit, Krise und Tod

- Fähigkeit, Feedback konstruktiv zu geben und anzunehmen sowie das eigene Handeln kritisch zu reflektieren
- Kommunikationsfähigkeit (klar, adressat*innengerecht, situationsangemessen)
- Konfliktfähigkeit und deeskalierendes Verhalten im Team sowie im Kontakt mit Patient*innen und An- und Zugehörigen
- Sorgfalt und Verlässlichkeit bei schriftlicher und digitaler Dokumentation unter Beachtung rechtlicher Vorgaben
- Interkulturelle Sensibilität und respektvoller Umgang mit Vielfalt (z. B. Sprache, Kultur, Religion, Lebensformen)
- Sicherheitsbewusstsein sowie Bereitschaft, Risiken und Auffälligkeiten unverzüglich an Pflegefachpersonen weiterzugeben

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. Schichtdienst unter Berücksichtigung von Dienstplansicherheit und individueller Verfügbarkeiten]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation

Die Pflegefachassistent*in arbeitet im unmittelbaren Versorgungsalltag eng mit allen an der Versorgung Beteiligten zusammen – insbesondere mit Pflegefachpersonen, Ärzt*innen und Therapeut*innen. Sie gibt Informationen ausschließlich im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach klar vorgegebenen, schriftlich fixierten Standards weiter, unterstützt die Sicherstellung der Versorgungskontinuität und leitet relevante Beobachtungen zeitnah und strukturiert an die zuständige Pflegefachperson weiter. Die Zusammenarbeit mit weiteren Funktionsbereichen (z. B. Diagnostik, Physiotherapie) erfolgt unterstützend im Rahmen stabiler, standardorientierter Abläufe; eine koordinierende oder steuernde Rolle übernimmt die Pflegefachassistent*in nicht. Kontakte zu An- und Zugehörigen erfolgen unter Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes sowie ausschließlich in Abstimmung mit der Pflegefachperson. Eigenständige Beratung, externe Koordination oder fallübergreifende Netzwerkarbeit sind nicht Bestandteil der

Rolle. Relevante Informationen aus der Zusammenarbeit sind sachgerecht sowie schriftlich bzw. digital zu dokumentieren. Konflikte im Team oder mit An- und Zugehörigen werden nicht eigenständig bearbeitet, sondern an die Pflegefachperson weitergeleitet; die Pflegefachassistenzperson wirkt hierbei unterstützend und deeskalierend mit.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen interner Fortbildungen und durch die schrittweise Vertiefung grundlegender pflegerischer Kompetenzen im Rahmen der eigenen Zuständigkeit und nach Anleitung (z. B. pflegerische Beobachtung, Kommunikation, Dokumentation und sichere Anwendung standardisierter Abläufe). Die Teilnahme an verbindlichen Pflichtfortbildungen (z. B. Hygiene, Notfallmanagement, Datenschutz) ist vorgesehen; darüber hinaus können pflegefachlich relevante Fortbildungen, einschließlich Schulungen zu digitalen Dokumentationssystemen, E-Health-Anwendungen und technischen Assistenzsystemen, im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten der Einrichtung angeboten werden.

Die berufliche Entwicklung der Pflegefachassistenzperson wird durch strukturierte Entwicklungsformate (z. B. regelmäßige Mitarbeitergespräche, individuelle Lernziele, Reflexions- oder Supervisionsangebote) begleitet. Fortbildungen erfolgen in der Regel arbeitszeitintegriert und nach Maßgabe der einrichtungsspezifischen Regelungen. Eine Weiterentwicklung über die Assistenzrolle hinaus erfolgt nicht innerhalb des Stellenprofils. Bei entsprechendem Interesse kann jedoch eine berufliche Weiterqualifikation in Richtung Pflegefachperson (BAPID Typ III) im Rahmen klar definierter Bildungswege unterstützt werden. Die Entwicklungsperspektive ist ausdrücklich an die Einhaltung der Kompetenzgrenzen der Pflegefachassistenz gebunden; eine schleichende Aufgabenerweiterung oder Kompetenzüberschreitung ist nicht vorgesehen.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einrichtung stellt einen standardisierten und strukturierten Einarbeitungsprozess sicher, der auf einem schriftlich dokumentierten Einarbeitungsplan basiert und durch eine benannte Pflegefachperson angeleitet und begleitet wird. Für neue Mitarbeitende wird eine feste Mentorin bzw. ein fester Mentor (Pflegefachperson) benannt, die bzw. der als kontinuierliche Ansprechperson während der Einarbeitungsphase zur Verfügung steht. Praxisanleitende werden – sofern vorhanden – als qualifizierte Ansprechpersonen in die Einarbeitung einbezogen. Die Einarbeitung umfasst eine dokumentierte Begleitung, regelmäßige Rückmeldegespräche sowie ein Abschlussgespräch zur Einschätzung der Handlungssicherheit im Rahmen der eigenen Zuständigkeit. Feedback ist dabei ausdrücklich in beide Richtungen möglich (Mitarbeitende ↔ Einrichtung). Die Pflegefachassistenzperson nimmt an strukturierten Reflexions- und Austauschformaten teil. Regelmäßige Supervision und kollegiale Beratung werden als unterstützende Angebote vorgesehen, um Belastungen zu reflektieren und professionelles Handeln zu sichern. Besonderes Augenmerk liegt auf der standardorientierten und sicheren Durchführung der im Rahmen der Assistenzrolle vorgesehenen Tätigkeiten, der Beachtung klarer Delegations- und Anleitungsstrukturen sowie der Reflexion eigener Grenzen. Auch nach Abschluss der Einarbeitung wird die fachliche Begleitung im Team fortgeführt (z. B. durch Teamreflexionen oder Fallbesprechungen), ohne dass hiermit eine Erweiterung der Verantwortungsbereiche verbunden ist.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der Pflegefachassistenzperson (BAPID Typ II) ist eine isolierte Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle nicht vorgesehen. Die Tätigkeit der Pflegefachassistenzperson ist stets in team- und prozessbezogene Versorgungsstrukturen eingebettet; eine personenbezogene Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die Stelle ist in ein professionelles Arbeitsumfeld eingebettet. Die Organisation bietet fachliche Unterstützung durch Pflegefachpersonen, einen standardisierten und strukturierten Einarbeitungsprozess, regelmäßige Dienstübergaben und eine enge Anleitung im Team. Digitale Dokumentationssysteme und transparente Kommunikationsstrukturen gewährleisten eine verlässliche Zusammenarbeit innerhalb multiprofessioneller Teams. Teamgespräche, Feedbackformate und Beteiligungsmöglichkeiten fördern Mitgestaltung und Identifikation mit der Einrichtung.

1. Kompetenzprofil

Pflegefachperson – Akutstationäre Pflege – BAPID Typ III

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung einer personenzentrierten und standardorientierten sowie leitlinienbasierten Pflege im akutstationären Setting. Ziel ist die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses als fachgerechte, standard-, leitlinien- und situationsorientierte Umsetzung pflegerischer Maßnahmen sowie die aktive Förderung von Selbstständigkeit, Gesundheitskompetenz und Lebensqualität der Patient*innen nach geltenden Standards. Die Stelle umfasst zudem die pflegefachliche Beratung, Schulung und Anleitung von Patient*innen sowie An- und Zugehörigen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 und § 5 Pflegeberufegesetz (PflBG). Die Pflegefachperson Typ III handelt im Pflegeprozess eigenverantwortlich innerhalb geltender Standards, Leitlinien und organisationsbezogener Vorgaben und zieht die Pflegefachperson Typ IV bei Fragen der fachlichen Begründung, kritischen Einordnung, kontextbezogenen Anpassung oder Weiterentwicklung pflegerischer Praxis hinzu.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz der Pflegefachperson (BAPID Typ III) erfolgt in Einrichtungen der akutstationären Versorgung (z. B. Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung/Universitätsmedizin) in unterschiedlichen Fachbereichen (z. B. internistisch, chirurgisch, geriatrisch). Patient*innengruppen, pflegerische Schwerpunkte (z. B. perioperative Versorgung, Notfallversorgung, onkologische Pflege), Teamzusammensetzung, technische Ausstattung sowie Schnittstellen der interdisziplinären Zusammenarbeit sind einrichtungsspezifisch festzulegen.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ III (AX/P3/S0)
Qualifikationsniveau	Abgeschlossene generalistische Pflegeausbildung nach Pflegeberufegesetz (Pflegefachfrau/Pflegefachmann) mit staatlichem Examen und Berufszulassung. Gleichgestellt sind frühere staatlich anerkannte Pflegeausbildungen (z. B. Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege). Akademische Abschlüsse sind möglich, jedoch für die Ausübung der Rolle BAPID Typ III nicht zwingend erforderlich.
Verortung im Kompetenzrahmen	Pflegefachperson mit eigenverantwortlicher Durchführung, Steuerung und Evaluation des gesamten Pflegeprozesses gemäß § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) als regelgeleitete,

situationsangemessene Umsetzung pflegerischer Maßnahmen.

Die Pflegefachperson Typ III übernimmt die gesetzlichen Vorbehaltsaufgaben (Pflegebedarfserhebung, Pflegeplanung, Durchführung, Evaluation sowie Beratung, Schulung und Anleitung von Patient*innen und An- und Zugehörigen).

Sie trägt die fachliche Verantwortung für die Anleitung, Begleitung und Einarbeitung von Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II) sowie für die Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Auszubildenden.

Aufgaben der wissenschaftsbasierten Begründungstiefe, systematischen Reflexion, kontextbezogenen Anpassung und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis sind nicht Bestandteil von BAPID Typ III und werden der Pflegefachperson Typ IV zugeordnet.

5. Berufliche Rolle

Die Pflegefachperson (BAPID Typ III) ist die zentrale pflegerische Fachkraft in der akutstationären Pflege und trägt die eigenverantwortliche fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess gemäß § 4 Pflegeberufegesetz. Sie erhebt den Pflegebedarf, plant, steuert, führt durch und evaluiert pflegerische Maßnahmen standard-, leitlinien- und situationsorientiert und verantwortet die pflegerische Beratung, Schulung und Anleitung von Patient*innen sowie An- und Zugehörigen. Bei akuten Zustandsveränderungen handelt sie umsichtig, setzt fachlich begründete Prioritäten und leitet angemessene pflegerische Maßnahmen ein; in Notfallsituationen leistet sie qualifizierte Erste-Hilfe-Maßnahmen und initiiert erforderliche Schritte im Rahmen ihrer beruflichen Verantwortung. Auch in herausfordernden Situationen handelt sie professionell, situationsangemessen und standardorientiert und übernimmt Verantwortung für Qualität und Sicherheit der pflegerischen Versorgung. Sie delegiert Aufgaben an Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II) im Rahmen deren Qualifikation, leitet diese fachlich an und überprüft die sachgerechte Durchführung. Im interprofessionellen und interdisziplinären Team (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten) bringt sie pflegerische Expertise aktiv in die Abstimmung der Versorgung ein. Bei Bedarf nutzt sie die Expertise der Pflegefachperson Typ IV für fachliche Begründung, kritische Einordnung und kontextbezogene Anpassung pflegerischen Handelns sowie für die Weiterentwicklung der Praxis im Team/Arbeitsbereich. Darüber hinaus beteiligt sie sich an Qualitätssicherung, Patient*innensicherheit und der Weiterentwicklung pflegerischer Standards und übernimmt eine zentrale Rolle in Anleitung, Begleitung und Einarbeitung von Auszubildenden, neuen Mitarbeitenden und Pflegefachassistenzpersonen. Ihr Handeln ist geprägt von professionellem beruflichem Selbstverständnis, ethischer Verantwortung, reflektierter Entscheidungsfindung sowie einer personenzentrierten und verantwortungsbewussten Haltung gegenüber Patient*innen, An- und Zugehörigen und dem Team.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen des Pflegeberufgesetzes (PflBG) sowie an berufsrechtlichen Vorgaben und datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die pflegerischen Tätigkeiten erfolgen selbstständig und eigenverantwortlich im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach geltenden Standards gemäß § 4 PflBG. Die Pflegefachperson BAPID Typ III trägt aktiv zur Umsetzung stations- und fachbereichsbezogener Regelungen bei und sichert die Qualität der pflegerischen Versorgung durch standardorientiertes Handeln. Sie gestaltet den Pflegeprozess als fachgerechte Durchführung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen eigenverantwortlich von der Erhebung über die Planung und Durchführung bis zur Evaluation und übernimmt eine zentrale Rolle bei der pflegerischen Abstimmung im interprofessionellen Team. Sofern einschlägig erfolgen heilkundliche Tätigkeiten ausschließlich im Rahmen gesetzlich geregelter Heilkundeübertragung (vgl. § 4a PflBG i. V. m. den Regelungen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes) und nach organisationsbezogener Regelung/Qualifikationsnachweis. Bei Bedarf an vertiefter fachlicher Begründung, kritischer Bewertung oder kontextbezogener Anpassung von Pflegepraxis erfolgt vorrangig eine fachliche Anbindung an Pflegefachpersonen des BAPID Typ IV sowie an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die Pflegefachperson übernimmt im Rahmen ihrer Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG sowie – sofern einschlägig – nach § 4a PflBG (Heilkundeübertragung) Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung, pflegerische Planung, Anpassung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen standard-, leitlinien- und situationsorientiert. Sie erhebt und stellt den individuellen Pflegebedarf fest, trifft eigenverantwortlich Entscheidungen zur Pflegeplanung auf pflegerischer Ebene im Rahmen geltender Standards und passt pflegerische Maßnahmen kontinuierlich und fachgerecht an individuelle Bedürfnisse an. Die Pflegefachperson delegiert Aufgaben an Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II) im Rahmen der rechtlichen Vorgaben; Vorbehaltsaufgaben sind nicht delegierbar und trägt die rechtliche und haftungsrechtliche Verantwortung für ihr eigenes Handeln sowie für Delegationsentscheidungen. Sie berät, schult und leitet Patient*innen sowie An- und Zugehörige im Rahmen des Pflegeprozesses und handelt situativ angemessen in kritischen und Akutsituationen. Zudem beteiligt sie sich an der internen Qualitätssicherung, wirkt an der Umsetzung geltender pflegerischer Standards mit und übernimmt eine zentrale Rolle in der pflegerischen Koordination innerhalb des interprofessionellen Teams. Die Pflegefachperson dokumentiert vollständig, standardorientiert und zeitnah und übergibt relevante Informationen strukturiert zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität. Wenn Standards/Leitlinien im konkreten Kontext begründungsbedürftig, widersprüchlich oder anpassungsbedürftig sind, erfolgt die fachliche Rückkopplung an die Pflegefachperson Typ IV (wissenschaftsbasiertes Einordnen, kritische Bewertung, kontextbezogene Anpassung/Weiterentwicklung).

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Werten auf Grundlage eines humanistischen Menschenbildes sowie der Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG) – Explizite Orientierung an allgemein anerkannten berufsethischen Leitlinien (z. B. ICN-Ethikkodex, nationale berufsethische Standards) – Eigenverantwortung, Verlässlichkeit und ausgeprägte Selbst-reflexionsfähigkeit – Professionelle Nähe-Distanz-Gestaltung – Empathisches, patient*innenorientiertes und ressourcenschonendes Handeln – Aktive Stärkung der Autonomie, Selbstbestimmung und Partizipation der Patient*innen – Wissen und Verständnis für das Erleben von Krankheit, Krise, Verlust, Vulnerabilität, Abhängigkeit, Traumatisierung und Todesnähe – Professioneller Umgang mit herausforderndem Verhalten von Patient*innen im Kontext von Krankheit, Einschränkung oder psychosozialer Belastung – Sensibilität für Diversität sowie Gender-, Kultur- und Inklusionsaspekte im pflegerischen Handeln – Achtsamer Umgang mit eigenen Belastungsgrenzen, Selbstfürsorge und Resilienz als Bestandteil professioneller Haltung – Einhaltung rechtlicher und institutioneller Vorgaben (u. a. Schweigepflicht, Datenschutz, Patient*innenrechte) – Sichtbares professionelles Auftreten und verantwortungsbewusstes Handeln als zentrale Fachperson im Team – Trifft ethische Entscheidungen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben eigenverantwortlich; bei begründungs- oder reflexionsintensiven ethischen Fragestellungen erfolgt die Abstimmung mit Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) oder entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, Vorgesetzten sowie im multiprofessionellen Team
Pflegerische Versorgungspraxis	– Sach- und fachgerechte Durchführung basis- und behandlungspflegerischer Maßnahmen nach geltenden Standards und rechtlichen Vorgaben – Eigenständige Erhebung des Pflegebedarfs, Anwendung pflegerischer Assessments sowie Planung, Durchführung, Anpassung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß § 4 PflBG

-
- Wahrnehmung, Einschätzung und Berücksichtigung der Bedürfnisse, Ressourcen und Wünsche der Patient*innen, auch bei eingeschränkter oder fehlender verbaler Kommunikationsfähigkeit
 - Förderung der Selbstständigkeit, Selbstpflegefähigkeit und Alltagskompetenz der Patient*innen unter Einbezug individueller Lebenslagen
 - Individuelle Pflege auf Basis geltender pflegerischer Standards und leitlinienorientierten Fachwissens
 - Sach- und fachgerechte Durchführung pflegerischer Maßnahmen nach Expertenstandards (z. B. Hygiene-, Schmerz-, Wund- und Kontinenzmanagement)
 - Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß § 4 PflBG als fachgerechte Umsetzung nach Standards/Leitlinien und organisationsbezogenen Vorgaben
 - Fachliche Verantwortung für Information, Begleitung und pflegerische Beobachtung von Patient*innen bei diagnostischen und medizinisch-technischen Maßnahmen
 - Selbstständiges Handeln in Notfallsituationen (inkl. Ersteinschätzung und Einleitung von Sofortmaßnahmen)
 - Beobachtung, Einschätzung und fachliche Bewertung des Gesundheitszustands
 - Begleitung in palliativen Situationen und Sterbebegleitung
 - Beratung, Anleitung und Edukation von Patient*innen und An- und Zugehörigen im Rahmen des Pflegeprozesses
 - Mitwirkung an Gesundheitsförderung sowie sekundärer und tertiärer Prävention
 - Interprofessionelle Zusammenarbeit und pflegerische Koordination im Behandlungsprozess
 - Sichere Nutzung digitaler Dokumentationssysteme sowie Mitwirkung an digitalen und telemedizinischen Anwendungen im pflegerischen Verantwortungsbereich
 - Mitwirkung an Qualitätssicherung und -entwicklung (z. B. Pflegevisiten, interne Standards, Audits)
 - Reflektierter Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen (z. B. Therapiebegrenzung, Autonomie, Schutzbedürftigkeit)
 - Bei Bedarf an vertiefter fachlicher Begründung oder kontextbezogener Anpassung pflegerischer Maßnahmen erfolgt Rückkopplung an Typ IV.
-

Kommunikation & Kooperation	– Validierende, wertschätzende und proaktive Kommunikation mit Patient*innen, auch in kommunikativen Belastungs- oder Ablehnungssituationen (z. B. Misstrauen, Angst, Aggression) – Gestaltung situationsangemessener Kommunikation auch bei kognitiven, sprachlichen oder sensorischen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz, Delir, Hörbeeinträchtigung) – Aktive Teilnahme an Dienstbesprechungen, Übergaben, Fallbesprechungen – Situationsangemessene Kommunikation mit Patient*innen, An- und Zugehörigen sowie Ärzt*innen – Wahrnehmung und Berücksichtigung von Bedürfnissen und Wünschen, auch wenn diese nicht verbal kommuniziert werden können – Konstruktive Rückmeldungen geben und annehmen (Feedback-Kultur) – Beratung, Anleitung und Edukation von Patient*innen und An- und Zugehörigen im Rahmen des Pflegeprozesses – Kooperation mit internen und externen Partner*innen – Enge Zusammenarbeit und abgestimmtes Handeln im pflegerischen und interprofessionellen Team, einschließlich Pflegefachassistenzpersonen sowie entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen – Aktive Unterstützung der Informationskontinuität im Versorgungsprozess bei Verlegungen und weiteren Schnittstellen – Sichere Nutzung digitaler Kommunikations- und Dokumentationssysteme unter Beachtung von Datenschutz und IT-Sicherheitsvorgaben – Konstruktiver Umgang mit Konflikten im Team sowie mit Patient*innen und An- und Zugehörigen – Klare und strukturierte Kommunikation in Krisen- und Notfallsituationen (z. B. innerklinische Notfallstrukturen) – Sensibler und professioneller Umgang mit sprachlichen, kulturellen und religiösen Unterschieden
Gesundheitsförderung & Prävention	– Systematische Bedarfserhebung zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen unter Nutzung standardisierter pflegerischer Assessments (z. B. Sturzrisiko, Ernährungsstatus, Dekubitusrisiko) und Einbindung in die Pflegeplanung – Umsetzung primärer, sekundärer und tertiärer Präventionsmaßnahmen im pflegerischen Alltag nach geltenden Standards

-
- Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Patient*innen
 - Förderung von Selbstständigkeit, Teilhabe und Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
 - Vermittlung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) zur Unterstützung informierter Entscheidungen und selbstständigen Krankheits- und Therapiemanagements
 - Beratung, Anleitung und Schulung von Patient*innen zu Symptomen, Krankheitsverläufen, Nebenwirkungen von Therapien sowie zur Selbstversorgung (z. B. Wundversorgung, Umgang mit Medikation) im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben nach PflBG
 - Einbeziehung, Beratung und Edukation von An- und Zugehörigen im Sinne familienzentrierter Pflege
 - Partizipative Planung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen unter Einbezug der Patient*innen (Shared Decision-Making)
 - Berücksichtigung des Settings (z. B. Stationsabläufe, Übergänge, häusliche Situation nach Entlassung) bei gesundheitsfördernden Maßnahmen
 - Beachtung der gesetzlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere Pflegeberufegesetz) im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit
 - Reflexion und Förderung der eigenen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Sinne professioneller Selbstfürsorge

Organisation & Planung

- Planung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen nach geltenden pflegerischen Leitlinien, Standards und rechtlichen Vorgaben
 - Anwendung des Pflegeprozesses unter Berücksichtigung individueller Bedarfe unter Einbezug der Perspektiven von Patient*innen und An- und Zugehörigen sowie unter Berücksichtigung einer ICF-orientierten Bedarfsfeststellung
 - Priorisierung und Steuerung von Aufgaben in dynamischen Versorgungssituationen auf Grundlage klinischer Entscheidungsfindung, pflegfachlicher Einschätzung und kritischen Denkens
 - Überblick über Arbeitsabläufe und strukturiertes Zeitmanagement mit besonderem Fokus auf Patient*innen- und Versorgungssicherheit sowie die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen
 - Flexibles Reagieren auf Änderungen im Tagesgeschehen unter Berücksichtigung von Krisenmanagement, Resilienz und interprofessioneller Abstimmung
-

-
- Mitwirkung an der Organisation des Personaleinsatzes im eigenen Zuständigkeitsbereich durch Einschätzung des Pflegeaufwandes und strukturierte Weitergabe relevanter Informationen an PDL/Teamleitung
 - Berücksichtigung individueller Ressourcen der Patient*innen bei der Planung pflegerischer Maßnahmen
 - Mitwirkung an qualitäts- und risikoorientierten Organisationsprozessen (z. B. Fehlerprävention, Nutzung von CIRS, Umsetzung interner Qualitätsstandards)
 - Nutzung digitaler Systeme zur Unterstützung von Organisation und Planung (z. B. elektronische Pflegedokumentation, digitale Planungs- und Kommunikationssysteme)
 - Abgestimmte Organisation pflegerischer Maßnahmen im interprofessionellen Kontext (z. B. mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten)
 - Ethisch reflektierte Prioritätensetzung in Situationen begrenzter Ressourcen oder hoher Versorgungsdichte
-

Leadership

- Delegation von Aufgaben an nachgeordnete Mitarbeitende gemäß Qualifikationsniveau (QN) und unter fachlicher Anleitung unter Wahrung der rechtlichen Verantwortung, Aufsichtspflicht und Haftung; die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung verbleibt bei der delegierenden Pflegefachperson; eine Substitution von Vorbehaltsaufgaben ist ausgeschlossen
 - Unterstützung neuer Kolleg*innen und Mitverantwortung für Arbeitsabläufe im Rahmen einer strukturierten und standardisierten Einarbeitung (z. B. anhand von Einarbeitungskonzepten, Standards und Checklisten)
 - Beteiligung an Teamentwicklung und Qualitätssicherung durch aktive Mitwirkung an Reflexions-, Lern- und Feedbackprozessen (z. B. kollegiale Beratung, Feedbackkultur, Supervision) sowie Förderung einer konstruktiven Team- und Verantwortungskultur
 - Situative Übernahme von Leitungsverantwortung im eigenen Bereich als zeitlich begrenzte Führungsfunktion mit Verantwortung für Patient*innensicherheit, Ressourcenübersicht, interprofessionelle Abstimmung sowie Koordination in Krisen- und Notfallsituationen unter Einbezug pflegefachlicher Empfehlungen von Expert*innen sowie fachlicher Rückkopplung mit entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV/V) bei begründungs- oder abstimmungsintensiven pflegerischen Fragestellungen und unter Nutzung sowie Unterstützung digitaler Systeme im Sinne eines zeitgemäßen, geteilten Führungsverständnisses (Shared Leadership)
-

Qualität & Sicherheit	– Umsetzung interner Standards und qualitätssichernder Maßnahmen einschließlich aktiver Mitwirkung an deren Weiterentwicklung nach Leitlinien und DNQP-Expertenstandards – Fachlich korrekte Dokumentation vollständig, zeitnah, digital und DSGVO-konform unter Beachtung haftungsrechtlicher Vorgaben – Beobachtung und Weitergabe relevanter Pflege-informationen strukturiert (z. B. ISBAR) sowie unverzügliche Meldung von Zustandsveränderungen – Nutzung und Pflege von Hilfsmitteln, Materialien, Dokumentations-systemen unter Verantwortung für sachgerechte Anwendung und Sicherheitskontrolle – Mitwirkung an Risikoerfassung und -vermeidung (z. B. Sturzprophylaxe) durch eigenverantwortliche Risikoerfassung, Maßnahmenableitung und Evaluation im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben – Hygienisches Arbeiten entsprechend aktueller Richtlinien unter Mitverantwortung für Infektionsprävention, Arbeits- und Patient*innensicherheit – Mitwirkung an der Analyse und Evaluation pflegerischer Qualität inkl. Beteiligung an Pflegevisiten, internen Audits und Qualitäts-verbesserungsmaßnahmen in interprofessioneller Zusammenarbeit – Aktive Beteiligung an Fehler- und Sicherheitskultur (z. B. CIRS) sowie situationsgerechtes Handeln in Notfall- und Krisensituationen – Regelmäßige Teilnahme an verpflichtenden Fortbildungen zu Qualität, Sicherheit und Notfallmanagement – Kommunikation eigener Belastungsgrenzen im Team und gegenüber Führungspersonen
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Einführung, fachliche Anleitung und strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Pflegefachassistenzpersonen (BAPID Typ II), Auszubildender, Pflegestudierender, Praktikant*innen sowie FSJ-/BFD-Kräfte nach einrichtungsspezifischen Konzepten und mit Dokumentation – Mitwirkung an Anleitung und Lernbegleitung im Pflegealltag in klarer Abgrenzung zur gesetzlich geregelten Praxisanleitung (keine alleinverantwortliche Praxisanleitung) – Fortlaufende Aktualisierung pflegefachlichen Wissens durch Teilnahme an Fortbildungen im Rahmen der Fortbildungsplanung sowie Orientierung an aktuellen Leitlinien, Expertenstandards und internen Vorgaben

	– Eigeninitiative zum Lernen und zur fachlichen Reflexion, u. a. durch Fachliteratur, interne Fortbildungen sowie reflexives Lernen anhand von Fallbeispielen, Lebens- und Krankheitsgeschichten – Vermittlung professioneller Haltung (z. B. Ethik, Nähe–Distanz, Verantwortungsbewusstsein) im Rahmen der Anleitung und Zusammenarbeit – Aktive Mitwirkung an einer konstruktiven Feedback- und Lernkultur im Team (z. B. kollegialer Austausch, Fallbesprechungen) – Unterstützung der Praxisanleitung im Ausbildungsprozess ohne Übernahme der formalen Verantwortung – Nutzung digitaler Lernformate (z. B. E-Learning, Simulation, digitale Schulungssysteme) sowie interprofessionelles Lernen im klinischen Alltag – Offenheit für berufliche Weiterentwicklung (z. B. Fachweiterbildungen, Studium) im Rahmen individueller Entwicklungswege
Technologie & E-Health	– Nutzung von digitalen Dokumentations- und klinischen Informationssystemen – Unterstützung bei digital unterstützten Versorgungsprozessen (z. B. Telemonitoring, elektronische Verlaufsdokumentation) – Umgang mit technischen Hilfsmitteln und Anwendung sowie Überwachung medizinisch-technischer Geräte im pflegerischen Verantwortungsbereich – Anwendung und Nutzung medizinisch-technischer Geräte ausschließlich nach fachgerechter Einweisung gemäß MPG/MDR – Digitale Erfassung, Überwachung und Bewertung von Vital- und Verlaufsdaten im Rahmen der pflegerischen Aufgaben – Zeitgerechte und strukturierte Weitergabe auffälliger Werte und Beobachtungen an die Behandlungsverantwortlichen – Beratung und Anleitung von Patient*innen und An- und Zugehörigen zur Nutzung digitaler Anwendungen (z. B. Patient*innenportale, Apps) – Unterstützung der Patient*innen beim Einordnen digitaler und KI-gestützter Gesundheitsinformationen (ohne medizinische Bewertung) – Sicherer Umgang mit technischen Systemen unter Beachtung von Datenschutz, Datensicherheit und Schweigepflicht
Selbstmanagement & Empowerment	– Anleitung, Motivation und Befähigung zur Selbstpflege und Gesundheitsförderung

-
- Stärkung der Autonomie und Entscheidungsfähigkeit von Patient*innen sowie Förderung des Selbstwertgefühls durch ressourcenorientiertes Handeln
 - Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, beim Aufbau eines Krankheitsverständnisses sowie beim Erwerb von Selbstmanagementkompetenzen im Rahmen des Pflegeprozesses
 - Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten im Rahmen der Möglichkeiten der klinischen Versorgung
 - Unterstützung bei der Integration von Therapieanforderungen und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den stationären Alltag
 - Reflexion eigener Belastungsgrenzen sowie Förderung von Selbstfürsorge und gesundheitsförderndem Handeln der Pflegefachperson
-

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Planung, Organisation, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses bei zugeordneten Patient*innen nach geltenden Standards
- Erhebung, Feststellung und fortlaufende Einschätzung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs unter Anwendung pflegerischer Assessments
- Durchführung basis- und behandlungspflegerischer Maßnahmen nach geltenden pflegefachlichen Standards, Leitlinien und Richtlinien
- Fallverantwortung im Sinne einer personenzentrierten Versorgung / Bezugspflege
- Planung und Steuerung pflegerischer Maßnahmen in stabilen und komplexen und Behandlungssituationen
- Fachgerechte Pflegedokumentation und Informationsweitergabe
- Selbstständiges Handeln in Notfallsituationen (Auslösen der innerklinischen Notfallkette und Handeln nach hausinternen Notfallstandards)
- Fortlaufende und situationsangemessene Erfassung von Risiken (inkl. Selbst- und Fremdgefährdung) sowie engmaschige Beobachtung in hochvulnerablen Situationen

Koordination & Zusammenarbeit

- Zusammenarbeit mit ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen
- Enge interprofessionellen und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Abstimmung im akutstationären Versorgungsalltag
- Eigenständige Koordination und Anpassung pflegerischer Abläufe im zugeteilten pflegerischen Arbeitsbereich bei kurzfristigen Veränderungen
- Koordination, Anleitung und fachliche Begleitung nachgeordneter Mitarbeitender (z. B. Pflegefachassistentenpersonen BAPID Typ II, Auszubildende, Studierende)

- Aktives Einbringen pflegerelevanter Beobachtungen, Einschätzungen und Perspektiven in interprofessionelle Therapieentscheidungen sowie Wahrnehmung der pflegerischen Patient*innenanwaltschaft
- Beteiligung an Dienst- und Fallbesprechungen, Supervision und Coaching im Rahmen der jeweiligen Organisationsstrukturen
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen sowie Wissenstransfer im Team
- Einbindung entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen (z. B. BAPID Typ IV) bei Bedarf an wissenschaftsbasierter Einordnung, kritischer Bewertung, kontextbezogener Anpassung oder Weiterentwicklung pflegerischer Praxis

Qualität & Organisation

- Sicherstellung der Einhaltung von Qualitäts-, Hygiene- und Sicherheitsstandards sowie der Arbeitsschutzvorgaben
- Wirtschaftlicher und fachgerechter Einsatz von Hilfsmitteln und Betriebsmitteln unter Beachtung der Medizinproduktevorgaben (MPG/MDR)
- Fachgerechter und sicherer Umgang mit Arzneimitteln (z. B. Lagerung, Vorbereitung, Verabreichung, Kontrolle)
- Mitwirkung an der Analyse und Evaluation pflegerischer Qualität im eigenen Verantwortungsbereich einschließlich der Erfassung, Bewertung und Verlaufsbeobachtung auch vielschichtiger Risikokonstellationen
- Beachtung von Datenschutzrichtlinien und strukturierte, vollständige und zeitnahe digitale Dokumentation
- Aktive Mitwirkung an der Umsetzung, Rückmeldung und kontinuierlichen Verbesserung qualitätssichernder Maßnahmen sowie des klinischen Risikomanagements im eigenen Arbeitsbereich (z. B. Meldesysteme, Standards, Audits) – ohne konzeptionelle Gesamtverantwortung

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Eigenverantwortliche Beratung, Information und Einbindung von Patient*innen sowie An- und Zugehörigen zu pflegerelevanten Themen im akutstationären Setting
- Kurzzeitige, situationsangepasste Information, Schulung und Beratung zu pflegerisch relevanten Aspekten (z. B. Symptomwahrnehmung, Umgang mit Einschränkungen, Pflege- und Therapieverständnis)
- Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement der Patient*innen im Rahmen des Pflegeprozesses und der individuellen Situation während des stationären Aufenthalts
- Unterstützung beim pflegerischen Symptommanagement (z. B. Schmerz, Übelkeit, Dyspnoe, Angst) im Rahmen der eigenen pflegefachlichen Zuständigkeit
- Förderung der Autonomie, Entscheidungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit als eigenverantwortliche pflegefachliche Aufgabe innerhalb der Fallverantwortung
- Professionelle, reflektierte und zielgerichtete Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe mit Patient*innen – auch in emotional, kommunikativ oder situativ herausfordernden Situationen

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	Abgeschlossene Ausbildung als Pflegefachperson gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG) mit staatlicher Berufszulassung
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegefachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung notwendig.

11. Persönliche Eigenschaften:

- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, Kritikfähigkeit, Belastbarkeit, Organisationstalent und Flexibilität
- Selbstständiges Arbeiten nach geltenden Standards sowie ausgeprägte Sozialkompetenz
- Verantwortungsbewusstsein, Empathie und Freude an der Arbeit mit Menschen aller Altersstufen
- Kommunikationsfähigkeit in Wort und Schrift sowie sichere Abstimmung in interprofessionellen Teams
- Kollegialität und professionelles Auftreten
- Körperliche und seelische Stabilität, Ausgeglichenheit, Geduld und Kreativität
- Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Initiative, Konfliktfähigkeit und Urteilsvermögen
- Bereitschaft zur kontinuierlichen persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Methodenkompetenz sowie strukturiertes, analytisches und vernetztes Denken
- Fähigkeit, Wissen zu vermitteln und nachgeordnete Mitarbeitende qualifikationsgerecht anzuleiten
- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Gestaltung einer professionellen Nähe-Distanz-Balance
- Orientierung ethischen Werten, einem humanistischen Menschenbild, Artikel 1 GG sowie am ICN-Ethikkodex
- Bewusstsein dafür, dass persönliche Eigenschaften entwickelbar sind, sowie Bereitschaft zur Reflexion eigener Stärken und Entwicklungsbedarfe im Team
- Professioneller Umgang mit Belastungssituationen und Bereitschaft zur Nutzung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. Schichtdienst unter Berücksichtigung von Dienstplansicherheit und individueller Verfügbarkeiten]</i>

Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die Pflegefachperson arbeitet eng mit allen an der Versorgung Beteiligten zusammen – einschließlich Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten und Betreuenden. Sie koordiniert Informationen, vermittelt zwischen Berufsgruppen und trägt durch standardorientiertes Handeln zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität bei und bringt pflegfachliche Beobachtungen und Einschätzungen in interprofessionelle Abstimmungsprozesse ein. Die Zusammenarbeit umfasst insbesondere die enge Abstimmung mit interprofessionellen Teams und Funktionsbereichen (z. B. Diagnostik, OP, Physiotherapie). Kontakte zu An- und Zugehörigen sowie zu weiterbehandelnden Einrichtungen oder Diensten erfolgen nach geltenden Standards und in Abstimmung mit den verantwortlichen Berufsgruppen.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet individuelle Entwicklungsperspektiven, die sich an den persönlichen Kompetenzen, Interessen, der Berufserfahrung sowie dem jeweiligen Einsatzkontext orientieren. Eine Weiterentwicklung kann sich z. B. durch die Übernahme erweiterter Aufgaben/Verantwortungsanteile (z. B. koordinierende Aufgaben, Anleitung, Mitarbeit in Arbeitsgruppen, Qualitätsprozessen) ergeben. Eine Entwicklung in Richtung weiterführender Rollenprofile (z. B. Pflegefachperson Typ IV) ist möglich, aber nicht verpflichtend. Die Pflegefachperson Typ III stellt ein eigenständiges, vollwertiges Rollenprofil dar und ist keine Durchgangsstufe. Entwicklungswege werden personenspezifisch vereinbart und im Rahmen der Personalentwicklung unterstützt.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einrichtung stellt einen standardisierten und strukturierten Einarbeitungsprozess sicher, der durch erfahrene Kolleg*innen fachlich angeleitet und begleitet wird. Der Einarbeitungsprozess kann – abhängig von Einrichtung und Einsatzbereich – über einen längeren Zeitraum (z. B. bis zu einem Jahr) ausgestaltet werden und dient als Orientierungsrahmen. Regelmäßige Reflexions- und Mitarbeitergespräche sind Bestandteil der Personalentwicklung. Supervision und Mentoring können als kontinuierliche, unterstützende Begleitformate genutzt werden; ihre Ausgestaltung

erfolgt einrichtungs- und kontextabhängig. Die Anleitung von Auszubildenden sowie die kollegiale Beratung im Pflorgeteam sind fester Bestandteil des Stellenprofils. Besonderes Augenmerk liegt auf der standardorientierten und sicheren Gestaltung des Pflegeprozesses in dynamischen, wechselnden Versorgungssituationen sowie auf der Abstimmung innerhalb interprofessioneller Teams.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der Pflegefachperson (BAPID Typ III) ist eine isolierte Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle nicht vorgesehen. Die Tätigkeit der Pflegefachperson ist stets in team-, prozess- und interprofessionelle Versorgungsstrukturen eingebettet; eine personenbezogene Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen. Wirkungen pflegerischen Handelns ergeben sich aus dem Zusammenwirken struktureller Rahmenbedingungen, interprofessioneller Kooperation und patient*innenbezogener Faktoren und sind nicht einzelnen Stelleninhaber*innen zuzuordnen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die Stelle ist in ein professionelles Arbeitsumfeld eingebettet. Die Organisation bietet fachliche Unterstützung, strukturierte Einarbeitung, geregelte Dienstübergaben, digitale Dokumentationssysteme sowie transparente Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen. Die enge Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams und die Abstimmung in komplexen und dynamischen Behandlungssituationen sind integraler Bestandteil der Arbeit. Teamgespräche, Feedbackformate und Beteiligungsmöglichkeiten unterstützen fachlichen Austausch, Mitgestaltung und die Identifikation mit der Einrichtung.

1. Kompetenzprofil

Akademisierte Pflegefachperson – Akutstationäre Pflege – BAPID Typ IV

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle dient der Sicherstellung einer wissenschaftsbasierten, standardorientierten und personenzentrierten Pflege im akutstationären Setting. Die akademisierte Pflegefachperson übernimmt – wie die Pflegefachperson BAPID Typ III – die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses gemäß Pflegeberufegesetz und ist in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden. Darüber hinaus übernimmt sie auf Grundlage eines primärqualifizierenden pflegewissenschaftlichen Studiums eine erweiterte fachliche Verantwortung für die wissenschaftliche Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischen Handelns im Pflegeprozess. Sie ordnet pflegerische Maßnahmen evidenzbasiert ein, reflektiert deren Anwendung im jeweiligen Versorgungskontext und unterstützt die qualitätsgesicherte, begründete Anpassung pflegerischer Praxis. Die akademisierte Pflegefachperson unterstützt Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) durch klinische Entscheidungsunterstützung, fachliche Beratung und Mentoring sowie durch die systematische Einbindung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in den Pflegeprozess. Die Übernahme hochkomplexer pflegerischer Aufgaben und erweiterter Fallverantwortung erfolgt entwicklungs-, kompetenz- und funktionsabhängig und setzt in der Regel eine strukturierte Einarbeitung sowie den schrittweisen Aufbau klinischer Handlungssicherheit voraus. Berufsanfänger*innen mit akademischem Abschluss können in der Rolle eingesetzt werden, die Ausgestaltung der erweiterten Verantwortung erfolgt abgestuft. Aufgaben mit bereichsübergreifender, hochspezialisierter oder wissenschaftlich-expertischer Gesamtverantwortung sind nicht Bestandteil dieser Rolle und werden dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen (BAPID Typ IV) erfolgt in Einrichtungen der akutstationären Versorgung unabhängig vom formalen Versorgungs- oder Komplexitätsgrad, insbesondere dort, wo eine wissenschaftlich fundierte Einordnung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung vorgesehen ist. Umfang, Einsatzfelder und Aufgabenprofile richten sich nach der institutionellen Versorgungsstruktur, der Patient*innenklientel, der vorhandenen Qualifikationsstruktur sowie den strategischen Zielsetzungen der Einrichtung.]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ IV (AX/P4/S0)

Qualifikationsniveau	Pflegefachperson mit akademischem Abschluss (Bachelor oder gleichwertiger primärqualifizierender Studienabschluss in Pflege/Pflegewissenschaft)
Verortung im Kompetenzrahmen	Akademisch qualifizierte Pflegefachperson mit erweiterter fachlicher Verantwortung für die wissenschaftsbasierte Begründung, Reflexion und Evaluation pflegerischen Handelns im Pflegeprozess der direkten Versorgung. Die Übernahme erweiterter fachlicher Verantwortungsanteile erfolgt nicht automatisch mit dem Studienabschluss, sondern kompetenz-, kontext- und entwicklungsabhängig und ggf. in fachlicher Abstimmung mit erfahrenen Pflegefachpersonen des BAPID Typ V.

5. Berufliche Rolle

Die akademisierte Pflegefachperson (BAPID Typ IV) wie die Pflegefachperson BAPID Typ III – die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses und erweitert diese Rolle um eine wissenschaftsbasierte Begründungs-, Reflexions- und Weiterentwicklungsperspektive pflegerischer Praxis. Sie wirkt an der evidenzbasierten Planung, Steuerung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen mit, analysiert pflegerische Entscheidungssituationen systematisch, bringt pflegewissenschaftliche Erkenntnisse praxisnah und standardorientiert in den Versorgungsalltag ein und unterstützt die pflegerische Entscheidungsfindung im Team. Die Rolle umfasst die fachliche Beratung von Pflegefachpersonen, die Mitwirkung an klinischen Assessments, die Interpretation pflegerelevanter Befunde sowie die pflegerische Mitwirkung an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen im interprofessionellen Kontext. Darüber hinaus berät sie Patient*innen sowie An- und Zugehörige im Rahmen ihrer pflegefachlichen Kompetenz und des jeweiligen Einsatzkontextes. Je nach individueller Kompetenz, Berufserfahrung und Funktion beteiligt sich die Pflegefachperson Typ IV an Qualitäts-, Konzept- oder Implementierungsprozessen auf Stations- bzw. Versorgungsebene. Die Übernahme solcher Aufgaben erfolgt nicht automatisch mit dem Studienabschluss, sondern stufenweise, in der Regel unter strukturierter Einarbeitung, fachlicher Begleitung oder Mentoring (z. B. im Rahmen von Trainee- oder Entwicklungsprogrammen). Die Pflegefachperson Typ IV ist keine Pflegeexpert*in APN (BAPID Typ V). Aufgaben mit bereichsübergreifender, wissenschaftlich-expertischer oder systemischer Gesamtverantwortung sind nicht Bestandteil dieser Rolle und werden der Pflegeexpert*in APN zugeordnet. Die berufliche Rolle von BAPID Typ IV stellt eine fachliche Entwicklungsoption innerhalb der direkten Pflegepraxis dar, keinen automatischen Status und keine Hierarchisierung gegenüber berufserfahrenen nicht-akademischen Pflegefachpersonen.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Stelle orientiert sich am Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie an evidenzbasierten pflegefachlichen Standards und Leitlinien. Die akademisierte Pflegefachperson wirkt in der direkten pflegerischen Versorgung auf Stationsebene an einer evidenzbasierten Patient*innenversorgung mit. Der Schwerpunkt liegt auf der klinisch-pflegerischen Anwendung, wissenschaftlichen Begründung und kritischen Bewertung pflegerischen Handelns, der fachlichen Entscheidungs-

unterstützung im Team sowie der Identifikation und Rückmeldung von Versorgungsentwicklungsbedarfen. Die Übernahme erweiterter pflegerischer Entscheidungs- oder Handlungsspielräume kann im Rahmen gesetzlich eröffneter Befugniserweiterungen sowie organisationsbezogener Regelungen kompetenz-, qualifikations- und kontextabhängig erfolgen. Die eigenständige konzeptionelle Implementierung pflegewissenschaftlicher Konzepte ist nicht Regelaufgabe von BAPID Typ IV und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet.

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die akademisierte Pflegefachperson übernimmt praxis- und patient*innennahe Verantwortung für die fachliche Mitsteuerung, Reflexion und Evaluation pflegerischen Handelns im Versorgungsalltag. Sie trifft pflegerische Entscheidungen auf Basis evidenzbasierter Erkenntnisse, ordnet diese wissenschaftlich begründet ein, führt klinische Assessments durch und bringt pflegerelevante Befunde strukturiert in interprofessionelle Entscheidungsprozesse ein. Das Handeln in Akut- und Notfallsituationen erfolgt regelgeleitet, kompetenz- und erfahrungsabhängig im Rahmen der geltenden Standards. Eine umfassende, eigenständige fachliche Steuerung hochkomplexer Versorgungsprozesse bleibt dem BAPID Typ V (APN) vorbehalten.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an ethischen Werten eines humanistischen Menschenbildes, der Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG) sowie wissenschaftlicher Gütekriterien pflegerischen Handelns – Explizite Orientierung an anerkannten berufsethischen Kodizes (z. B. ICN-Ethikkodex, ggf. nationale pflegeethische Leitlinien) – Eigenverantwortliche Übernahme ethisch und fachlich begründeter Entscheidungen im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich, unter reflektierter Abwägung pflegfachlicher, ethischer und organisationaler Aspekte – Sichtbares, reflektiertes und transparent begründetes professionelles Handeln gegenüber Patient*innen, An- und Zugehörigen, Team und Organisation – Mitgestaltung einer professionellen Pflegekultur auf Stations- bzw. Teamebene im Rahmen der eigenen Rolle als akademisch qualifizierte Pflegefachperson (ohne Advanced-Practice-Anspruch) – Praxisnaher Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Versorgungsalltag (Brückenfunktion zwischen Theorie und Praxis), die Ausprägung dieser Transferleistung ist kontext-, erfahrungs- und einarbeitungsabhängig und entwickelt sich schrittweise im beruflichen Handeln)

Pflegerische Versorgungspraxis	– Durchführung, Steuerung und Evaluation des Pflegeprozesses in der direkten Versorgung auf Grundlage geltender Standards, Leitlinien und rechtlicher Vorgaben gemäß PflBG – Wissenschaftsbasierte Begründung, kritische Reflexion und kontextbezogene Anpassung pflegerischer Maßnahmen im Pflegeprozess – Erhebung, Feststellung und kontinuierliche Bewertung des individuellen Pflege- und Therapiebedarfs unter Anwendung pflegerischer Assessments – Durchführung klinischer Assessments sowie fachliche Einordnung und Interpretation pflegerelevanter Befunde zur Unterstützung pflegerischer, diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozesse – Durchführung, Anpassung und Dokumentation evidenzbasierter pflegerischer Interventionen unter Berücksichtigung individueller Verläufe und Versorgungsbedingungen – Mitwirkung an heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen gesetzlich übertragener Aufgaben gemäß Pflegestudiumstärkungsgesetz (z. B. standardisierte Module wie Wund-, Schmerz-, Diabetes- oder Hypertoniemanagement), ausschließlich nach Qualifikationsnachweis und organisationsspezifischer Regelung – Regelgeleitetes Handeln in Akut- und Notfallsituationen im Rahmen der pflegerischen Zuständigkeit – Praxisnahe Mitwirkung an der Weiterentwicklung pflegerischer Maßnahmen, Standards und Konzepte auf Stations- bzw. Versorgungsebene, insbesondere durch Rückmeldung, Evaluation und fachliche Einordnung aus der direkten Versorgung – Unterstützung der evidenzbasierten Pflegepraxis durch fachliche Beratung und Entscheidungsunterstützung im Team, ohne Übernahme konzeptioneller oder systemweiter Implementierungsverantwortung – Angemessenes, reflektiertes pflegerisches Handeln gegenüber herausfordernden Verhaltensweisen von Patient*innen im Rahmen der professionellen Pflegebeziehung
Kommunikation & Kooperation	– Mitwirkung an sowie fallbezogene Moderation pflegeschlüssiger und multiprofessioneller Fallbesprechungen im Versorgungsalltag, insbesondere durch strukturierte Darstellung pflegerischer Einschätzungen und evidenzbasierte Einordnung – Führen personenzentrierter Gespräche unter Anwendung von Shared Decision-Making, einschließlich validierender, empathischer und situationsangepasster Gesprächsführung auch bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit oder -bereitschaft

	– Fachliche Beratung und kollegiale Unterstützung von Pflegefachpersonen (BAPID Typ III) durch wissenschaftsbasierte Einordnung pflegerischer Entscheidungsoptionen, ohne Übernahme einer hierarchischen oder formalen Leitungsfunktion – Sicherstellung der pflegefachlichen Informationskontinuität im Versorgungsprozess einschließlich Mitwirkung am Entlassungsmanagement und an Überleitungsprozessen, ohne alleinige Gesamtsteuerung sektorenübergreifender Abläufe – Aktives Herstellen und Fördern von Vertrauen, Zusammenarbeit und Partizipation von Patient*innen im Pflegeprozess sowie Anbieten supportiver, entlastender und orientierungsvermittelnder Gesprächsangebote im Rahmen der pflegerischen Rolle – Führen schwieriger Gespräche im pflegerischen Versorgungskontext (z. B. bei Konflikten, belastenden Situationen, Unsicherheiten), ohne Übernahme ethischer Fallmoderation oder professionsübergreifender Entscheidungsverantwortung – Enge, strukturierte Abstimmung mit interprofessionellen Teams und Funktionsbereichen (z. B. Diagnostik, OP, Intensivbereiche) unter Einbringung pflegewissenschaftlich reflektierter Perspektiven
Gesundheitsförderung & Prävention	– Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses unter wissenschaftsbasierter Begründung und Reflexion – Beratung von Patient*innen und An- und Zugehörigen bei der Krankheitsbewältigung durch evidenzbasierte Einordnung von Bewältigungs-, Unterstützungs- und Selbstmanagementstrategien – Förderung von Alltagskompetenz und Rehabilitationsfähigkeit durch systematische Analyse von Ressourcen, Belastungen und Entwicklungsbedarfen im Rahmen pflegerischer Versorgung – Stärkung individueller Recovery-Prozesse auf pflegefachlicher Ebene unter Orientierung an anerkannten Recovery-Prinzipien (z. B. Hoffnung, Identität, Verbundenheit) ohne therapeutische oder konzeptionelle Gesamtverantwortung – Befähigung von Patient*innen zum Symptom-, Krankheits- und Therapiemanagement im Rahmen pflegerischer Zuständigkeit und Shared Decision-Making – Mitgestaltung einer gesundheitsförderlichen Umgebung (z. B. Schlaf, Tagesstruktur, Orientierung, Stressreduktion) als Bestandteil patient*innennaher Pflegepraxis – Reflektierter Umgang mit eigener Gesundheit, Belastung und Prävention als Teil professioneller pflegerischer Haltung – Umsetzung heilkundlicher Maßnahmen ausschließlich im gesetzlich übertragenen Rahmen (Pflegeberufegesetz/Pflegestudiumstär-

	kungsgesetz), qualifikations-, curricular- und organisationsabhängig, ohne eigenständige Verordnungsverantwortung
Organisation & Planung	– Organisation, Gestaltung und Steuerung pflegerischen Handelns im Versorgungsalltag für Patient*innengruppen durch wissenschaftsbasierte Analyse, Begründung und Reflexion, ohne Übernahme einer vollständigen Prozess- oder Systemsteuerung – Koordination von Versorgungsprozessen mit mehreren sich beeinflussenden Pflegeanlässen durch strukturierte Einordnung pflegerischer Prioritäten, Schnittstellen und Entscheidungsbedarfe im Pflegeprozess – Analyse und Evaluation pflegerischer Prozesse auf Grundlage evidenzbasierter Standards, Leitlinien und pflegewissenschaftlicher Konzepte zur Unterstützung einer reflektierten, standardorientierten Pflegepraxis auf Stations- bzw. Versorgungsebene
Leadership	– Mitarbeit in Projekten zur Qualitäts- und Konzeptentwicklung sowie praxisnahe Evaluation von pflegerischen Maßnahmen auf Stations- bzw. Versorgungsebene – Initiierung, Strukturierung und Moderation kollegialer Beratung als Form der professionsbezogenen Reflexion im Team – Sicherstellung der Einweisung und fachlich-wissenschaftlich begründeten Anleitung neuer Mitarbeitender, Studierender und Praktikant*innen im Rahmen der eigenen Rolle und ohne Übernahme formaler Supervisions- oder Coachingfunktionen – Präsentation und Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Team zur Unterstützung reflektierter pflegerischer Entscheidungsprozesse – Förderung einer Sicherheitskultur und Etablierung einer professionellen Pflegekultur durch Vorbildhandeln, fachliche Argumentation und transparente Entscheidungsbegründung – Übernahme einer Rollenmodellfunktion für Kolleg*innen und Studierende im Sinne professioneller Haltung, evidenzbasierter Praxis und reflektierten Handelns
Qualität & Sicherheit	– Analyse, Evaluation und Sicherung der Pflegequalität im eigenen Versorgungsbereich – Mitwirkung an der Entwicklung, Anwendung und Evaluation von Qualitätsindikatoren und Expert*innenstandards (keine eigenständige konzeptionelle Gesamtverantwortung) – Durchführung von Pflegevisiten und Datenerhebungen zur Qualitätsentwicklung in Beteiligung und ggf. Mitgestaltung, nicht exklusiv oder alleinverantwortlich

	– Mitwirkung an klinikinternen Qualitätsprojekten und evidenzbasierten Pilotvorhaben auf Stations- bzw. Teamebene – Anwendung, fachliche Einordnung und Weiterentwicklung standardisierter Assessments zur Patient*innensicherheit (z. B. Early Warning Score, Delir-Assessment) im Rahmen bestehender Konzepte – Qualitäts- und Sicherheitsarbeit erfolgt qualifikationsübergreifend; die Rolle von BAPID Typ IV ergänzt, ersetzt jedoch nicht die pflegefachliche Qualitätsarbeit anderer Pflegefachpersonen – Eigenständige Entwicklung, Implementierung und organisationsweite Steuerung von Qualitätsindikatoren, Expert*innenstandards oder Forschungsvorhaben sind nicht Bestandteil der Rolle und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Aktive Teilnahme an Fortbildungen sowie an fachlichen und wissenschaftsnahen Fachtagungen – Durchführung von internen Fortbildungen und Schulungen zur evidenzbasierten Pflegepraxis auf Stations- bzw. Teamebene – Aufbereitung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse für den praxisbezogenen Wissenstransfer im Team – Integration von Forschungsergebnissen in die Praxis durch fachliche Einordnung, Reflexion und Ableitung praxisnaher Verbesserungsimpulse – Förderung einer positiven, lernförderlichen Team- und Arbeitskultur (z. B. Feedback, Reflexion, Wissensaustausch) – Beteiligung an Studien und Forschungsprojekten (z. B. Datenerhebung, praxisnahe Evaluation, Implementierungsbegleitung) unter fachlicher Anleitung – Eigenständige Initiierung, Leitung oder forschungsethische Verantwortung von Studien ist nicht Bestandteil der Rolle und dem BAPID Typ V (APN) zugeordnet – Klare Trennung von Lern- und Entwicklungsaufgaben (Typ IV) und forschungsbezogener Gesamtverantwortung (Typ V)
Technologie & E-Health	– Unterstützende Mitwirkung bei der Implementierung digitaler Dokumentations- und Assistenzsysteme aus Anwender*innenperspektive (z. B. Rückmeldung zur Praxistauglichkeit), keine eigenständige Implementierungsverantwortung – Nutzung digitaler Tools für regelgeleitete klinische Entscheidungsunterstützung im pflegerischen Verantwortungsbereich – Unterstützung und Befähigung des Teams bei der Anwendung neuer Technologien im Versorgungsalltag

	– Anwendung digital erhobener klinischer Daten im Rahmen pflegerischer Entscheidungen – Fachliche Einordnung und Reflexion digital erhobener Daten in Zusammenarbeit mit zuständigen Stellen (z. B. QM, Pflegewissenschaft, ärztlicher Dienst); keine alleinige Interpretation – Unterstützung und Anleitung von Patient*innen und An- und Zugehörigen im Umgang mit digitalen und technologischen Tools (z. B. Patient*innenportale, Apps) ohne technische oder medizinische Beratung – Unterstützende Mitwirkung an der praxisnahen Evaluation digitaler Systeme, keine eigenverantwortliche Evaluation oder Steuerung
Selbstmanagement & Empowerment	– Anleitung, Motivation und Befähigung von Patient*innen zur Selbstpflege, Gesundheitsförderung und eigenständigen Krankheitsbewältigung – Förderung der Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit im Rahmen des Pflegeprozesses – Mitwirkung an Advance Care Planning sowie an palliativpflegerischer Entscheidungsfindung im interprofessionellen Kontext – Unterstützung bei der Integration von Therapieanforderungen und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Alltag sowie systematische Evaluation angewandter Empowerment-Strategien

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Pflegeprozess & direkte Versorgung

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs sowie Planung des Pflegeprozesses nach evidenzbasierten Standards
- Eigenständige Organisation, Gestaltung und fachliche Mitsteuerung pflegerischer Maßnahmen im Versorgungsalltag
- Durchführung evidenzbasierter pflegerischer Interventionen
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen und Maßnahmen in Krisensituationen
- Durchführung klinischer Assessments und fachliche Einordnung pflegerelevanter Befunde zur Mitwirkung an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen
- Kritische Reflexion, fachliche Begründung und kontextbezogene Anpassung pflegerischer Maßnahmen auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Mitarbeit an evidenzbasierten Leitlinien und Qualitätsmanagementkonzepten sowie praxisnahe Unterstützung bei deren Anwendung in der Versorgung
- Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten nach den standardisierten Modulen gemäß § 53 PflBG (z. B. Wund-, Schmerz-, Diabetesmanagement)

- Praxisnahe Umsetzung und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen nach evidenzbasierten Standards (z. B. Wund-, Kontinenz-, Schmerzmanagement) im Rahmen der direkten Versorgung

Koordination & Zusammenarbeit

- Initiierung und fachliche Moderation multiprofessioneller Fallbesprechungen im pflegerischen Verantwortungsbereich
- Koordination und fachliche Abstimmung der Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen im Versorgungsprozess
- Mitwirkung an Schnittstellenmanagement durch Analyse, Rückmeldung und praxisnahe Optimierung von Versorgungsabläufen
- Fachliche Beratung und Mentoring von Kolleg*innen im Pflegealltag auf Grundlage evidenzbasierter Standards
- Abstimmung mit interprofessionellen Teams und Funktionsbereichen (z. B. OP, Diagnostik, Intensivbereiche)
- Zeitgerechte, adressat*innengerechte Information der verantwortlichen Pflegefachpersonen sowie relevanter Berufsgruppen zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität
- Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus unter Wahrung der jeweiligen Verantwortlichkeiten
- Selbstständige Organisation des eigenen pflegerischen Arbeitsbereiches und situative Anpassung an aktuelle Versorgungsanforderungen
- Beteiligung an fachlichem Austausch in einrichtungsbezogenen Netzwerken, Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln

Qualität & Organisation

- Analyse, Evaluation und Sicherung der Pflegequalität im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich
- Durchführung und fachliche Mitwirkung an Pflegevisiten sowie Datenerhebungen zur Qualitätsentwicklung
- Mitwirkung an der Weiterentwicklung von Qualitäts- und Konzeptstandards auf Stations- bzw. Teamebene
- Mitarbeit in Projekten zur Qualitäts- und Konzeptentwicklung sowie praxisnahe Evaluation pflegerischer Maßnahmen nach evidenzbasierten Standards
- Praxisnahe Mitwirkung an Entwicklungsprojekten zur Verbesserung pflegerischer Abläufe unter enger Anbindung an die direkte Versorgung
- Mitwirkung an klinikinternen Forschungs- und Entwicklungsprojekten (z. B. evidenzbasierte Pilotprojekte) im Sinne fachlicher Mitarbeit, nicht in leitender oder gesamtverantwortlicher Funktion

Beratung, Empowerment & Beziehungsgestaltung

- Shared Decision-Making mit Patient*innen und An- und Zugehörigen unter Einbezug recovery-orientierter Prinzipien (z. B. Hoffnung, Selbstbestimmung, Verbundenheit)

- Beratung bei der Erhaltung und Stärkung der Alltagskompetenz sowie Förderung von Antistigmakompetenz – abhängig von individueller Situation und Einschränkung
- Unterstützung bei Advance Care Planning und palliativpflegerischer Begleitung im Rahmen der direkten pflegerischen Versorgung
- Beratung und Begleitung bei komplexen bei ethisch herausfordernden Entscheidungssituationen im Pflegealltag; weiterführende ethische Fallmoderation in Abstimmung mit zuständigen Stellen
- Evaluation und standardorientierte Anpassung von Empowerment-Strategien im Pflegealltag auf Versorgungsebene (ohne konzeptionelle Gesamtverantwortung)

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	<i>[z. B. primärqualifizierender Bachelorabschluss in Pflegewissenschaft]</i>
Wünschenswerte Weiterbildungen	Keine weitergehenden pflegfachlichen Weiterbildungen erforderlich. Teilnahme an einrichtungsbezogenen Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Notfallmanagement) wird vorausgesetzt.
Erfahrung	Keine Berufserfahrung erforderlich; das Erfahrungsniveau kann je nach Studienformat (primärqualifizierend, dual, konsekutiv) variieren. Berufliche Erfahrung beeinflusst die Bewertung und Reflexion pflegerischer Situationen, ist jedoch keine formale Voraussetzung für die Rollenübernahme.

11. Persönliche Eigenschaften

- Wissenschaftsorientiertes und analytisches Denken
- Hohe Eigenverantwortung und Selbstorganisation
- Kommunikations- und Moderationskompetenz
- Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit, insbesondere in dynamischen und zeitkritischen Behandlungssituationen
- Reflexionsfähigkeit und Innovationsbereitschaft
- Belastbarkeit und Flexibilität in dynamischen und sich verändernden Pflegesituationen
- Ethische Sensibilität und Entscheidungsfähigkeit im eigenen pflegerischen Verantwortungsbereich, auch in akuten und palliativen Situationen, nach evidenzbasierten Standards
- Fähigkeit zur Mitwirkung an Einarbeitung, kollegialem Austausch und Mentoring im Rahmen strukturierter Team- und Lernprozesse zur Förderung einer standardorientierten professionellen Pflegekultur im Akutsetting

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. flexible Arbeitszeiten, Projektbezogene Arbeit, ggf. Teilfreistellung von direkten Pfl egetätigkeiten]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote können im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten angeboten werden]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die akademisierte Pflegefachperson arbeitet mitwirkend und unterstützend mit Leitungsgremien, Qualitäts- und Fachzirkeln insbesondere innerhalb der eigenen Institution sowie in ausgewählten regionalen Netzwerken zusammen. Eine eigenständige Koordination oder Moderation übergeordneter Netzwerke ist nicht regelhafter Bestandteil der Rolle. Kooperationen mit Hochschulen, Forschungsinstitutionen und Verbänden erfolgen auf institutioneller Ebene; die Pflegefachperson Typ IV wirkt hierbei fachlich beratend und diskursiv mit, ohne eine steuernde oder koordinierende Gesamtverantwortung zu übernehmen. Darüber hinaus stimmt sie sich eng mit interprofessionellen Teams und Funktionsbereichen ab und beteiligt sich an der fachlichen Begleitung und Unterstützung von Kooperationen zur standardorientierten und praxisnahen Umsetzung evidenzbasierter Konzepte im akutstationären Setting in Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. BAPID Typ V) oder übergeordneten Stellen.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die akademisierte Pflegefachperson kann sich in ihrer Rolle innerhalb der akutstationären Pflege kontinuierlich fachlich und wissenschaftlich weiterentwickeln. Die Stelle eröffnet Entwicklungsperspektiven in Richtung praxisnaher Projektarbeit, Mitwirkung an Fortbildungs- und Wissensentwicklungsformaten sowie der Beteiligung an klinischen, evidenzbasierten Qualitätsinitiativen. Langfristig besteht – bei entsprechender Qualifizierung – in Richtung einer wissenschaftlich qualifizierten Pflegeexpert*in (BAPID Typ V); strategische Entwicklungsverantwortung bleibt Typ V vorbehalten.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einarbeitung erfolgt standardisiert, rollen- und aufgabenbezogen sowie nach evidenzbasierten Standards und wird durch akademisierte Pflegefachpersonen und erfahrene Pflegefachpersonen begleitet. Regelmäßige kollegiale Beratung und Mentoring sind Bestandteil des Rollenprofils. Die akademisierte Pflegefachperson übernimmt im Rahmen ihrer Funktion Mentoring für Mitarbeitende der BAPID-Typen II und III. Eine gezielte Begleitung beim standardorientierten und kontextbezogenen Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die pflegerische Praxis steht dabei im Vordergrund, insbesondere im Stations- und Teamkontext sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Auf der Qualifikationsebene der akademisierten Pflegefachperson (BAPID Typ IV) ist ebenfalls keine isolierte oder personenbezogene Messung von Wirkung oder Erfolg der Stelle vorgesehen.

Die Tätigkeit der akademisierten Pflegefachperson ist – wie bei BAPID Typ III – in team-, prozess- und interprofessionelle Versorgungsstrukturen eingebettet; eine individuelle Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung ist ausgeschlossen.

Die Wirkung der Rolle entfaltet sich nicht über patient*innenbezogene Outcomes, sondern über die fachliche Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischen Handelns im Versorgungsprozess. Sie zeigt sich indirekt, strukturell und prozessbezogen, insbesondere durch:

- qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Entscheidungsfindung im Pflegeprozess,
- fachliche Einordnung und Reflexion pflegerischer Maßnahmen im Team,
- Unterstützung der standardorientierten Weiterentwicklung pflegerischer Praxis auf Stations- oder Teamebene,
- Stärkung der professionsbezogenen Zusammenarbeit und Wissensintegration im Versorgungsalltag.

Wirkungen ergeben sich aus dem Zusammenspiel organisationaler Rahmenbedingungen, interprofessioneller Kooperation und teambezogener Lern- und Reflexionsprozesse und sind nicht einzelnen Stelleninhaber*innen zuzuschreiben.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die akademisierte Pflegefachperson ist als reguläres Mitglied des Pflegeteams in ein professionelles, interdisziplinäres Arbeitsumfeld eingebunden und nimmt kontinuierlich an der direkten pflegerischen Versorgung teil. Die Zusammenarbeit erfolgt primär auf Stations- und Teamebene in enger Abstimmung mit Pflegefachpersonen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus sowie mit interprofessionellen Berufsgruppen. Die akademisierte Pflegefachperson wirkt im Rahmen ihrer Rolle an klinikinternen, evidenzbasierten Projekten mit, insbesondere zur Reflexion, Einordnung und Weiterentwicklung pflegerischer Praxis im Versorgungsalltag. Die Teamarbeit ist geprägt durch standardorientierte fachliche Abstimmung, kollegialen Austausch sowie die Unterstützung evidenzbasierter Entscheidungsfindung in dynamischen Behandlungssituationen.

Externe Kooperationen (z. B. mit Hochschulen oder überregionalen Fachgremien) sind nicht originärer Bestandteil der Rolle, sondern erfolgen – sofern relevant – auf institutioneller Ebene oder in fachlicher Zusammenarbeit und Abstimmung mit entsprechend qualifizierten Pflegeexpert*innen (BAPID Typ V) oder zentralen Stellen.

1. Kompetenzprofil

Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in – Akutstationäres Setting – BAPID Typ V

2. Zielsetzung der Stelle

Die Stelle beschreibt ein klinisch fallführendes Rollenprofil im Sinne Advanced Nursing Practice (APN) dient der patient*innenbezogenen, fallführenden und wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der Pflegepraxis sowie der qualitätsgesicherten Versorgung im akutstationären Setting. Die wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) übernimmt eine eigenständige klinische Rolle in der direkten Patient*innenversorgung (Advanced Nursing Practice/Clinical Nurse Specialist) und verbindet diese mit einer erweiterten wissenschaftsbasierten Begründung, Reflexion und Weiterentwicklung pflegerischen Handelns. Ziel ist die fallbezogene, evidenzbasierte Steuerung pflegerischer Versorgungsprozesse, die klinische Entscheidungsverantwortung im pflegerischen Bereich sowie die fachliche Mitverantwortung für Versorgungsqualität und Patient*innensicherheit im interprofessionellen Kontext. Ergänzend übernimmt die Pflegeexpert*in Anteile in Beratung, Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung, Forschung und Implementierung evidenzbasierter Versorgungskonzepte, jedoch nicht als Ersatz, sondern als integralen Bestandteil der klinischen APN-Rolle. Darüber hinaus wirkt sie als fachliche Referenz- und Mentoringperson für Pflegefachpersonen der BAPID-Typen II–IV.

3. Einrichtungstyp / Kontext

*[Die nachfolgende Kontextbeschreibung dient der strukturellen Einordnung des Kompetenzprofils und ist von den Einrichtungen entsprechend ihrer spezifischen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Der Einsatz wissenschaftlich qualifizierter Pflegeexpert*innen (BAPID Typ V) erfolgt in Einrichtungen der akutstationären Versorgung unabhängig vom formalen Versorgungs- oder Komplexitätsgrad, insbesondere dort, wo eine eigenständige klinische Fallführung, eine vertiefte wissenschaftsbasierte Entscheidungsverantwortung sowie die Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung vorgesehen sind. Umfang, Einsatzfelder und Aufgabenprofile richten sich nach der institutionellen Versorgungsstruktur, den pflegerischen Handlungsfeldern, der vorhandenen Qualifikations- und Rollenstruktur sowie den strategischen Zielsetzungen der Einrichtung. Die Rolle ist regelhaft in die direkte Patient*innenversorgung eingebunden und kann ergänzende Anteile in Beratung, Qualitätsentwicklung, Forschung und Implementierung evidenzbasierter Konzepte umfassen]*

4. BAPID-Zuordnung

Aspekt	Zuordnung
Typ	BAPID Typ V (AX/P5/S0)
Qualifikationsniveau	Pflegefachperson mit akademischem Abschluss (Master in Pflege/Pflegewissenschaft oder vergleichbarer pflegewissenschaftlicher Masterabschluss)

Verortung im Kompetenzrahmen	Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in mit klinischem Schwerpunkt auf der eigenständigen Fallführung, der vertieften wissenschaftsbasierten Entscheidungsverantwortung sowie der Weiterentwicklung pflegerischer Praxis in der direkten Versorgung. Konzeptentwicklung, Forschung und strategische Beratung sind ergänzende Bestandteile der Rolle, stehen jedoch nicht im Vordergrund der Verortung.
-------------------------------------	---

5. Berufliche Rolle

Die/der Wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) ist regelhaft und anteilig in die direkte klinische Pflege eingebunden und übernimmt eine fallführende, patient*innennahe Expert*innenrolle für definierte Patient*innengruppen im akutstationären Setting. Der Schwerpunkt der Rolle liegt auf der direkten Versorgung, der prozesshaften Begleitung und der wissenschaftsbasierten Entscheidungsverantwortung entlang des gesamten Versorgungspfades (z. B. prästationär, stationär, poststationär). Sie/er übernimmt die eigenständige klinisch-pflegerische Verantwortung für spezifische Versorgungsbedarfe, berät Patient*innen sowie An- und Zugehörige auf Expert*innenniveau und wirkt kontinuierlich im Pflgeteam, um Praxisnähe, Aktualität und Akzeptanz sicherzustellen. Die Wahrnehmung erweiterter pflegerischer Entscheidungs- und Handlungsspielräume erfolgt im Rahmen gesetzlich eröffneter Befugnisse sowie organisationsbezogener Regelungen und setzt eine entsprechende Qualifikation voraus. Die/der Pflegeexpert*in APN ist nicht primär für die routinemäßige Durchführung allgemeiner Pflege zuständig, bleibt jedoch bewusst klinisch tätig, um ihre Expertise wirksam in die Versorgung einzubringen. Ergänzend übernimmt die/der Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) wissenschaftlich fundierte Aufgaben der Praxisentwicklung, insbesondere die Analyse, Weiterentwicklung und Evaluation pflegerischer Versorgungskonzepte, die fachliche Beratung von Pflegefachpersonen der BAPID-Typen II–IV sowie Mentoring in komplexen pflegefachlichen Entscheidungsprozessen. Forschungs-, Entwicklungs-, Leitlinien- und Konzeptarbeit sind Bestandteil der Rolle, ersetzen jedoch nicht die direkte Patient*innenversorgung, sondern dienen der nachhaltigen Verbesserung der Pflegepraxis. Die Rolle ist geprägt durch eine integrierte Brückenfunktion zwischen direkter Versorgung, Wissenschaft und Organisation, nicht durch eine primäre Stabs- oder Projektfunktion. Die Pflegeexpert*in APN (BAPID Typ V) ist keine reine Stabsstelle. Stellenprofile ohne verpflichtenden klinischen Versorgungsanteil entsprechen nicht der Rollenlogik von BAPID Typ V. Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen sind möglich, der klinische Versorgungsanteil ist jedoch verbindlicher Bestandteil jeder Typ-V-Stelle.

6. Rechtsgrundlagen / Tätigkeitsrahmen

Die Tätigkeit basiert auf dem Pflegeberufegesetz (PflBG), dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, den landesrechtlichen Vorgaben sowie hochschulischen und forschungsbezogenen Standards. Die/der Pflegeexpert*in arbeitet eigenständig in der direkten klinischen Praxis sowie wissenschaftlich fundiert und beratend, und ist maßgeblich an der praxisnahen und standardorientierten Umsetzung evidenzbasierter Konzepte beteiligt. Die eigenständige klinische Tätigkeit erfolgt innerhalb eines strategisch und fachlich gerahmten

Organisationsmodells. Die/der Pflegeexpert*in ist dabei an eine zentrale koordinierende Stelle (z. B. Pflegewissenschaft, Praxisentwicklung oder Qualitätsentwicklung) angebunden, die die strategische Abstimmung, Prioritätensetzung und Kohärenz wissenschaftlicher Tätigkeiten sicherstellt, ohne die klinische Autonomie der Pflegeexpert*innen einzuschränken

7. Verantwortungsbereiche & Entscheidungsbefugnisse

Die/der wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpert*in (BAPID Typ V) übernimmt Verantwortung für die eigenständige, fallführende pflegerische Versorgung spezifischer Patient*innengruppen in anspruchsvollen und dynamischen Versorgungssituationen sowie für die wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung und Evaluation pflegerischen Handelns in der direkten klinischen Praxis. Darüber hinaus wirkt sie/er an der standardorientierten Weiterentwicklung pflegerischer Konzepte und der Implementierung evidenzbasierter Standards mit, ohne die alleinige strategische Gesamtverantwortung auf Einrichtungs- oder Trägerebene zu übernehmen. Sie/er berät pflegfachliche Leitungen und interprofessionelle Teams bei pflegewissenschaftlich fundierten Entscheidungen im Kontext konkreter Versorgungsprozesse, wirkt an Forschungs-, Entwicklungs- und Qualitätsprojekten mit und ist an der Erarbeitung und Anpassung von Leitlinien und Versorgungskonzepten aus klinischer Perspektive beteiligt. Darüber hinaus führt sie/er praxisbezogene Fortbildungen, Schulungen und fallbezogene Lehrformate durch, übernimmt fachliches Mentoring und klinische Beratung für Mitarbeitende der BAPID-Typen II–IV im Versorgungskontext und wirkt beratend in regionalen und überregionalen Fachgremien mit. Im akutstationären Setting liegt ein besonderer Fokus auf der direkten klinischen Arbeit mit Patient*innen, der fallbezogenen Steuerung und Evaluation komplexer Versorgungsprozesse, sowie der klinisch-fachlichen Mitarbeit an interprofessionellen Steuerungs- und Entscheidungsgremien.

8. Kompetenzprofil nach BAPID (Wit et al.)

Kompetenzbereich	Beschreibung im Kontext der Stelle
Professionelle Haltung	– Orientierung an wissenschaftlichen Standards und ethischen Werten, einem humanistischen Menschenbild, den Grundrechten (insb. Art. 1 GG) und Reflexion des eigenen Handelns – Beteiligung an berufspolitischen und wissenschaftlichen Diskursen – Brückenfunktion zwischen Wissenschaft, Praxis und Professionalisierung – Fundierte Kenntnisse ethischer Prinzipien, Pflegeethik (z. B. ICN-Ethikkodex), Menschenrechte sowie beruflicher Werte und Standards – Wissen über professionelle Rollenentwicklung, Diversitäts-sensibilität, kulturelle Sensibilität, Führungsethik und Diversität

	– Reflexion der eigenen Rolle und vorbildhaftes Handeln zur Förderung professioneller Haltungen und zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis – Kontinuierliche Analyse ethischer Dilemmata und aktive Mitgestaltung ethischer Entscheidungsprozesse im klinischen Versorgungskontext
Pflegerische Versorgungspraxis	– Konzeption, wissenschaftliche Evaluation und strategische Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte und Programme, z. B. zur Implementierung prophylaktischer Maßnahmen; die operative Umsetzung erfolgt durch Typ V in der direkten Versorgung und im Pfllegeteam – Direkte patient*innen- und angehörigenbezogenen Beratung im Rahmen spezialisierter pflegerischer Versorgung – Anleitung und Begleitung von Pflegefachpersonen bei der operativen Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen – Eigenständige pflegerische Tätigkeit im Pfllegeteam, einschließlich fallbezogener Mitversorgung spezifischer Patient*innengruppen und Durchführung von Pflegevisiten – Beratung von Teams zu spezialisierten pflegerischen Maßnahmen – Beratung, Anleitung und fachliche Begleitung spezialisierter pflegerischer Interventionen unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Evidenz – Bewertung und evidenzbasierte Anpassung klinischer Versorgungsprozesse im interprofessionellen Kontext – Aktive Evaluation und Anpassung von Versorgungsprozessen mit dem Ziel einer verbesserten patient*innenzentrierten Ergebnisqualität – Kritische Bewertung und Reflexion komplexer Interventionen mit dem Ziel der evidenzbasierten Optimierung und Förderung informierter Entscheidungsfindung sowie des Empowerments der Betroffenen – Erstellung versorgungsbezogener Gutachten, Risiko- und Schadenfallanalysen im klinischen Kontext – Initiierung und fachliche Begleitung von Projekten zur Konzeptentwicklung und Implementierung, ergänzend zur direkten Versorgung
Kommunikation & Kooperation	– Beratung und Moderation in Fach- und Qualitätszirkeln – Schnittstellenmanagement auf Organisationsniveau – Moderation komplexer Fallbesprechungen – Präsentation und Kommunikation wissenschaftlicher Erkenntnisse in Praxis- und Leitungsebenen

	– Enge Abstimmung mit interprofessionellen Steuerungsgremien und klinischen Funktionsbereichen – Kontinuierliche Kommunikation mit Patient*innen sowie An- und Zugehörigen in Anschluss an Typ IV, ergänzt um die vertiefte fachliche Einordnung komplexer pflegerischer Fragestellungen – Aktives Einbringen pflegerelevanter Perspektiven und patient*innenbezogener Anliegen (Patient*innenanwaltschaft) in interprofessionelle Fallbesprechungen, Qualitätszirkel und geeignete Steuerungsgremien – Mitwirkung in interprofessionellen Steuerungs- und Entscheidungsgremien mit Fokus auf die Übersetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in klinische Entscheidungsprozesse (keine primäre Managementverantwortung)
Gesundheitsförderung & Prävention	– Analyse und konzeptionelle Entwicklung gesundheitsfördernder Programme – Evaluation der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen – Analyse gesundheitsfördernder Bedarfe sowie konzeptionelle Entwicklung systematisierter, klinisch und versorgungsbezogener gesundheitsfördernder Programme – Leitung klinisch eingebetteter, patient*innenbezogener Präventionsprogramme (keine rein organisationsstrategischen Programme) – Systematisierte Information, Schulung und Beratung zu gesundheitsfördernden und präventiven Themen auf Basis aktueller Evidenz – Beratung von Pflegefachpersonen und Patient*innen in spezialisierten und komplexen Versorgungssituationen – Enge, kooperative Zusammenarbeit mit behandlungsleitenden Ärzt*innen und weiteren Berufsgruppen im Rahmen präventiver und gesundheitsfördernder Versorgungskonzepte
Organisation & Planung	– Planung und Steuerung pflegerischer Versorgungskonzepte – Planung, fachliche Steuerung und Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte mit direktem Bezug zur klinischen Versorgung spezifischer Patient*innengruppen – Evaluation organisationaler Prozesse und Strukturen – Praxisnahe Evaluation organisationaler Prozesse und Strukturen mit Fokus auf Versorgungsqualität, Patient*innensicherheit und Umsetzbarkeit im klinischen Alltag – Mitwirkung an der Entwicklung und Umsetzung klinikübergreifender Versorgungspfade – Mitwirkung an der Entwicklung, fachlichen Abstimmung und Evaluation klinikübergreifender Versorgungspfade in enger

	Zusammenarbeit mit interprofessionellen Akteur*innen (keine alleinige Steuerungsverantwortung)
Leadership	– Praxisnahe Mitwirkung an Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit klinischem und versorgungsbezogenem Fokus; eine organisations- oder systemweite Gesamtverantwortung ist nicht regelhafter Bestandteil der Rolle – Mentoring von Führungspersonen und Mitarbeitenden bei entsprechender fachlicher, didaktischer und reflexiver Kompetenz – Mitgestaltung pflegerischer Rollenprofile und Standards – Praxisnahe Vorbildfunktion innerhalb der direkten Versorgung sowie gezielte Begleitung, Anleitung und fachliche Unterstützung von Studierenden und studentischen Projekten – Coaching zur Förderung einer professionellen Pflegekultur und zur Stärkung der beruflichen Autonomie anderer Pflegefachpersonen erfolgt kontext- und qualifikationsabhängig; eine automatische Zuordnung allein auf Basis der wissenschaftlichen Qualifikation ist ausgeschlossen
Qualität & Sicherheit	– Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren – Systematische Analyse und wissenschaftlich fundierte Bewertung von Versorgungsprozessen einschließlich der Qualitäts- und Sicherheitsaspekte der direkten Patient*innenversorgung, mit Ableitung von Handlungsempfehlungen auf organisationaler und systemischer Ebene – Beteiligung an klinikinternen Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Qualität – Optionale Mitwirkung an einrichtungs- oder institutsübergreifenden Forschungs- und Qualitätsprojekten zur Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungsqualität, ohne Verlagerung des Schwerpunkts aus der klinischen Verantwortung
Ausbildung & lebenslanges Lernen	– Mitgestaltung von Curricula unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben und wissenschaftlicher Erkenntnisse (beratend und konzeptionell, nicht alleinverantwortlich) – Durchführung von Fortbildungen und Schulungen – Mentoring wissenschaftlicher Nachwuchspersonen sowie Begleitung und Anleitung von Studierenden und studentischen Projekten im klinischen und forschungsbezogenen Kontext – Kooperation mit Hochschulen und Forschungsnetzwerken zur Integration aktueller Studienergebnisse in die Praxis (fachlich mitwirkend, nicht steuernd)

	– Förderung einer positiven Lern- und Entwicklungskultur sowie Mitgestaltung der Personalentwicklung auf konzeptioneller Ebene – Mitwirkung an der Entwicklung und – in Abstimmung mit zentralen Stellen – Implementierung von Karrierepfaden innerhalb der Pflege – Initiierung und Durchführung pflegewissenschaftlicher Studien und Forschungsprojekte mit Bezug zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität – Kontinuierliche eigene lebenslange Fort- und Weiterbildung als Bestandteil professioneller Rollenverantwortung
Technologie & E-Health	– Fachliche Bewertung digitaler Anwendungen im Hinblick auf pflegerische, ethische und patient*innensicherheitsrelevante Aspekte; die technische Implementierung erfolgt über trägerinterne IT-Strukturen – Beratung zur Auswahl und Einführung neuer Technologien aus pflegefachlicher und versorgungsbezogener Perspektive (keine technische Betriebsverantwortung) – Evaluation digitaler Entscheidungsunterstützungssysteme sowie fachliche Beratung zu deren Anwendung und Integration im klinischen Versorgungskontext – Beratung von Patient*innen und Fachpersonen bei der Nutzung KI-gestützter und anderer digitaler Tools mit Fokus auf patient*innenzentrierte Anwendung, Einordnung von Nutzen und Risiken sowie ethische Reflexion
Selbstmanagement & Empowerment	– Evaluation, kontinuierliche Reflexion und kontextbezogene Anpassung von Empowerment-Strategien anhand von Feedback, aktuellen evidenzbasierten Erkenntnissen sowie auf Organisations- und Systemebene – Beratung zur Förderung von Selbstwirksamkeit bei Patient*innen und im Team unter Berücksichtigung struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen – Förderung des Patient*inneneinbezugs in Steuerungs- und Entscheidungsprozesse innerhalb von Einrichtungen (übergreifend) als strukturelles Empowerment-Element – Unterstützung und Förderung von Patient*inneneinbezug in Forschung und Lehre im Sinne partizipativer und praxisnaher Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung (Mitwirkung, keine formale Steuerungsverantwortung) – Verankerung von Patient*inneneinbezug als leitendes Empowerment-Prinzip auf Organisations- und Prozessebene (Rahmenbedingungen, Beteiligungsformate, Prozessgestaltung)

9. Tätigkeitsschwerpunkte

Forschung & Konzeptentwicklung

- Initiierung und Leitung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit direktem Bezug zur klinischen Versorgung und zu identifizierten Versorgungsbedarfen aus der eigenen patient*innenbezogenen Praxis
- Wissenschaftliche Datenerhebung, Analyse und Publikation zur Entwicklung, Evaluation und zum Transfer evidenzbasierter Konzepte in die klinische Praxis, ausgehend von konkreten pflegerischen Fragestellungen der direkten Versorgung
- Aktive Beteiligung an der Publikation wissenschaftlicher Ergebnisse sowie deren Transfer in die pflegerische Versorgungspraxis
- Mitarbeit an klinikübergreifenden Forschungs- und Evaluationsprojekten zur Verbesserung von Versorgungsprozessen, eingebettet in die eigene klinische Rolle und ohne Abkopplung von der direkten Patient*innenversorgung
- Direkte, spezialisierte patient*innenbezogene Pflegepraxis als Referenz- und Ausgangspunkt für Forschung, Konzeptentwicklung und Evaluation

Beratung & Strategie

- Beratung von Leitungsgremien und Management im definierten Aufgabenrahmen und bezogen auf pflegerisch-klinische Fragestellungen
- Mitarbeit in regionalen und überregionalen Fachgremien in fachlich-beratender Funktion, ohne koordinierende oder steuernde Gesamtverantwortung
- Strategische Beiträge zur Förderung beruflicher Autonomie und Professionalisierung des Pflegeberufs im Rahmen institutionell festgelegter Rollen und Zuständigkeiten
- Beratung interprofessioneller Steuerungsgremien zur evidenzbasierten Optimierung klinischer Versorgungsprozesse unter Einbringung pflegfachlicher und patient*innenbezogener Perspektiven
- Eigenständige Planung, Durchführung und Evaluation von Bildungs- und Wissenstransferangeboten als kontextabhängiger Aufgabenanteil, nicht als verpflichtender Bestandteil jeder Typ-V-Rolle
- Beratungstätigkeit erfolgt kompetenz- und rollenabhängig und setzt entsprechende kommunikative, reflexive und relationale Kompetenzen voraus
- Beratung von Patient*innen und An-/Zugehörigen im Rahmen der direkten, spezialisierten Pflegepraxis
- Fachliche Beratung von Kolleg*innen im Sinne einer nicht-hierarchischen Expert*innen- und Unterstützungsrolle

Qualität & Organisation

- Fachliche und strategische Beratung im klinisch-praxisnahen Kontext zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen; keine alleinige oder systemweite Steuerungsverantwortung
- Analyse von Versorgungsdaten auf Stations-, Fachbereichs- oder Versorgungspfad-Ebene zur Identifikation von Verbesserungsbedarfen und Prozessoptimierung

- Begleitende Beratung und fachliche Unterstützung von Teams bei der Umsetzung qualitätsorientierter Konzepte auf Basis vorgegebener Qualitätsstandards; keine organisationsweite Gesamtverantwortung
- Evaluation klinischer Versorgungspfade und Ableitung von Handlungsempfehlungen für deren Weiterentwicklung im definierten Aufgaben- und Verantwortungsbereich

Ausbildung & Lehre

- Durchführung von Fortbildungen, Fachvorträgen und klinisch-fachlich ausgerichteten Lehrveranstaltungen; keine hochschuldidaktische oder curriculare Lehre ohne entsprechende pädagogische Qualifikation
- Mentoring von Mitarbeitenden und Studierenden kompetenz- und rollenabhängig; Mentoring setzt entsprechende kommunikative und reflexive Fähigkeiten voraus
- Aktive Mitgestaltung wissenschaftlicher Weiterbildungsangebote im klinisch-praktischen Kontext sowie Förderung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses ohne formale Ausbildungs- oder Prüfungsverantwortung
- Regelmäßige Analyse, kritische Bewertung und Anpassung eingesetzter Beratungs- und Schulungsmethoden zur Unterstützung von Autonomie, Selbstmanagement und individuellen Lern- und Versorgungsbedürfnissen; klare Abgrenzung von Forschungs- und Lehrtätigkeit

10. Anforderungsprofil

Anforderungskategorie	Erwartung an Stelleninhaber*in
Erforderliche Qualifikationen	<i>[z. B. Masterabschluss in Pflegewissenschaft, Klinischer Pflegewissenschaft, Advanced Practice Nursing oder vergleichbarer Studienabschluss]</i>
Wünschenswerte Weiterbildungen	<i>[z. B. Evidenzbasierte Praxis, klinische Forschung, Qualitätsmanagement]</i>
Erfahrung	<i>Keine verpflichtende Berufserfahrung vorausgesetzt; das Kompetenzprofil beschreibt den Qualifikationsstand unmittelbar nach Abschluss eines pflegebezogenen Masterstudiums.</i> <i>Berufserfahrung kann die Ausübung der Rolle unterstützen, ist jedoch keine formale Voraussetzung für die Zuordnung zum BAPID Typ V.</i> <i>Der konkrete Einsatz, Verantwortungsumfang und Stellenschnitt sind einrichtungs- und kontextabhängig festzulegen (z. B. im Rahmen strukturierter Einarbeitung, gestufter Verantwortungsübernahme oder Trainee-/APN-Entwicklungsmodelle).</i>

11. Persönliche Eigenschaften:

- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, hohe Eigenverantwortung und Selbstorganisation
- Kritikfähigkeit, Belastbarkeit, Organisationstalent und Flexibilität
- Ausgeprägte Reflexions- und Analysefähigkeit, strukturiertes und vernetztes Denken

- Verantwortungsbewusstsein, Empathie und Freude an der Arbeit mit Menschen aller Altersstufen
- Kommunikationsfähigkeit in Wort und Schrift, Kollegialität und professionelles Auftreten
- Körperliche und seelische Stabilität, Ausgeglichenheit, Geduld und Kreativität
- Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Initiative, Konfliktfähigkeit und Urteilsvermögen
- Bereitschaft zur kontinuierlichen persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- Fähigkeit zur Wissensvermittlung und wissenschaftsbasierten Anleitung von Mitarbeitenden unterschiedlicher Qualifikationsstufen
- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Gestaltung einer professionellen Nähe-Distanz-Balance
- Sicheres Auftreten in interprofessionellen Teams und in dynamischen Behandlungssituationen
- Orientierung am Grundgesetz, an einem humanistischen Menschenbild, an ethischen Werten sowie an wissenschaftlichen Gütekriterien pflegerischen Handelns (z. B. ICN-Ethikkodex)
- Bewusstsein dafür, dass Sozial-, Kommunikations- und Führungskompetenzen je nach Aufgabenprofil unterschiedlich ausgeprägt sein müssen
- Reflektierte Einschätzung der eigenen Eignung für leitende, beratende oder lehrbezogene Aufgaben; hohe fachliche Qualifikation ersetzt nicht automatisch entsprechende soziale oder didaktische Kompetenzen

12. Institutionelle Rahmenbedingungen

Gestaltungsbereich	Merkmale der Stelle/Rahmenbedingungen
Arbeitszeitmodell	<i>[z. B. flexible Arbeitszeitgestaltung; anteilige Freistellung für Forschungs-, Entwicklungs- und Konzeptarbeiten; Berücksichtigung individueller Verfügbarkeiten]</i>
Vergütung	<i>[z. B. gemäß tariflicher Eingruppierung (z. B. AVR, TVöD)]</i>
Fortbildung	<i>[Die nachfolgenden Angaben zur Fortbildung dienen der strukturellen Einordnung der Stelle und sind von den Einrichtungen entsprechend ihrer jeweiligen tariflichen, betrieblichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu konkretisieren. Umfang, Inhalte, Organisation, Finanzierung und Freistellung für Fortbildungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben, den Regelungen des Trägers sowie der aktuellen Personalsituation. Verpflichtende Fortbildungen (z. B. Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz, Notfallmanagement) sind einrichtungsabhängig vorzusehen; darüber hinausgehende Fortbildungsangebote sind für dieses Rollenprofil insbesondere auf wissenschaftlich fundierte, versorgungsbezogene und entwicklungsorientierte Inhalte (z. B. evidenzbasierte Praxis, klinische Expertise, Qualitäts- und Praxisentwicklung, Versorgungsforschung) auszurichten und im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten bereitzustellen.]</i>

13. Kooperation & Netzwerkarbeit

Die/der Pflegeexpert*in arbeitet eng mit allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zusammen – einschließlich Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialdiensten und Betreuenden – und ist dabei regelhaft in die direkte pflegerische Versorgung eingebunden. Sie/er trägt durch strukturierte Informationsweitergabe, fachliche Einordnung und patient*innenbezogene Abstimmung zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität bei. Eine koordinierende oder Gesamtverantwortung für interprofessionelle Prozesse liegt nicht bei der einzelnen Stelle, sondern erfolgt im Rahmen der jeweiligen Organisationsstrukturen. Darüber hinaus ist sie fachlich beratend in interprofessionelle Steuerungs- und Entscheidungsgremien eingebunden, wirkt in klinikübergreifenden Netzwerken, Fachgremien und regionalen sowie überregionalen Qualitätszirkeln mit und unterstützt den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis im Kontext der direkten Patient*innenversorgung.

14. Besonderheiten / Entwicklungsperspektive

Die Stelle bietet die Möglichkeit, die eigene wissenschaftliche Expertise kontinuierlich auszubauen und diese systematisch in der direkten klinischen Versorgung sowie in der praxisnahen Weiterentwicklung pflegerischer Rollen einzubringen. Dazu gehören die Mitarbeit – und kontextabhängig die Leitung – kliniknaher Forschungs- und Entwicklungsprojekte, die aktive Mitgestaltung von Rollenprofilen und Qualitätsstandards in fachlicher Abstimmung mit zentralen Stellen sowie die mitwirkende Teilnahme an regionalen und überregionalen Fachgremien. Ein besonderer Fokus liegt auf praxisgeleiteten, klinikübergreifenden Forschungs- und Evaluationsprojekten, die der Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung auf Basis konkreter Versorgungsbedarfe dienen. Perspektivisch unterstützt die Einrichtung die Weiterqualifizierung im Bereich Advanced Practice Nursing (APN) sowie weitere wissenschaftliche Qualifikationswege, einschließlich Promotionsvorhaben in Abhängigkeit von Aufgabenprofil, institutionellem Bedarf und organisatorischen Rahmenbedingungen.

15. Einarbeitung & Supervision / Mentoring

Die Einrichtung stellt einen strukturierten Einarbeitungsprozess sicher, der mehrgleisig und flexibel ausgestaltet ist und durch erfahrene Pflegeexpert*innen mit pflegewissenschaftlicher Expertise begleitet wird; sofern (noch) nicht verfügbar, können dies auch akademisierte Pflegefachpersonen bzw. erfahrene Pflegefachpersonen sein. Regelmäßige Reflexionsgespräche und kollegiale Beratung sind Bestandteil der Personalentwicklung; Supervision erfolgt nicht regelhaft, sondern nur bei entsprechender Qualifikation der beteiligten Personen. Die/der Pflegeexpert*in übernimmt eine Mentoring-Funktion im Rahmen der eigenen fachlichen und didaktischen Kompetenzen für Mitarbeitende der BAPID-Typen II bis IV und unterstützt Praxisanleitende in der Ausbildung. Darüber hinaus begleitet sie projekt- und kontextbezogen wissenschaftliche Nachwuchspersonen im Rahmen von Projekten und Forschungsarbeiten. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der standardorientierten und praxisnahen Unterstützung beim Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die direkte klinische Versorgung sowie in komplexe und dynamische Versorgungsprozesse.

16. Indikatoren für Wirkung / Erfolg der Stelle

Der Erfolg der Stellenbesetzung zeigt sich an struktur-, prozess- und rollenbezogenen, nicht personenbezogenen messbaren und beobachtbaren Kriterien. Sie ermöglichen eine fundierte Rückmeldung im Rahmen von Mitarbeitendengesprächen, Qualitätsentwicklungen oder Fachgesprächen. Die Bewertung kann durch Rückmeldungen, Dokumentationsanalysen oder Prozessbeobachtungen erfolgen:

- **Qualität der pflegerischen Versorgung**

Messbar durch: Beteiligung an Konzept- und Qualitätsaudits, interne und externe Evaluationen, Ergebnisse von Forschungs- und Entwicklungsprojekten, sowie der Grad der strukturierten Implementierung evidenzbasierter Konzepte in klinischen Versorgungsprozessen.

Eine personenbezogene Zuordnung von Patient*innen-Outcomes (z. B. Mortalität, Komplikationen) zur/zum Stelleninhaber*in ist ausgeschlossen; diese Kennzahlen werden ausschließlich auf Struktur- und Prozessebene berücksichtigt.

- **Zufriedenheit von Leitungsgremien, Teams und externen Partner*innen**

Messbar durch: Ergebnisse aus Feedbackgesprächen mit Management, Teamrückmeldungen, Beteiligung an Qualitätszirkeln und qualitatives Kooperationsfeedback im Rahmen institutionell verankerter Projekte

- **Integration und Kommunikation im Team**

Messbar durch: Einschätzungen aus Mitarbeitendengesprächen, Rückmeldungen im Team, Teilnahme an Dienst- und Leitungsgesprächen, Beobachtung der fachlichen Einbindung in interprofessionelle Fall- und Steuerungsformate sowie Mentoring-Aktivitäten

- **Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen**

Messbar durch: Dokumentation zur Anwendung von Leitlinien, Eintragungen in Qualitätsberichte, Fachgespräche, Rückmeldungen aus kollegialer Beratung. Supervision wird nicht als regelhafter Wirkungsindikator herangezogen.

- **Aktive Mitwirkung an internen Entwicklungsprozessen**

Messbar durch: Beteiligung an Arbeitsgruppen, Projektteams oder Qualitätszirkeln, dokumentierte Beiträge zu Konzeptentwicklungen, Fortbildungsimpulse für Kolleg*innen sowie praxisbezogene Ergebnisse wissenschaftsbasierter Projekte

Die Bewertung der Wirkung der Stelle erfolgt nicht als individuelle Leistungs-, Verhaltens- oder Ergebnisbewertung. Wirkungen ergeben sich aus dem Zusammenwirken der Pflegeexpert*in mit team-, prozess- und organisationsbezogenen Versorgungsstrukturen und werden entsprechend kontextualisiert.

Die genannten Indikatoren dienen auch der regelmäßigen Einschätzung im Rahmen von Jahresgesprächen, Einarbeitungsbewertungen und Qualitätsdialogen.

17. Arbeitsumfeld & Teamstruktur

Die/der Pflegeexpert*in ist in ein wissenschaftlich orientiertes, interdisziplinäres Team eingebunden und übernimmt neben projekt- und entwicklungsbezogenen Aufgaben eine aktive

Rolle in der direkten, hochspezialisierten Patient*innenversorgung. Kooperationen mit Hochschulen, Forschungsverbünden und Managementebenen sind auf institutioneller Ebene verankert; die Pflegeexpert*in wirkt daran fachlich mit, ohne diese eigenständig zu koordinieren. Sie/er ist aktiv in multiprofessionelle Projekt- und Qualitätsgremien eingebunden und arbeitet zugleich fallführend bzw. prozessbegleitend mit spezifischen Patient*innengruppen. Die Pflegeexpert*in ist integraler Bestandteil des Pflgeteams und nimmt darin eine ausgewiesene klinische Expert*innenrolle ein, ergänzt durch Mentoring- und Beratungsfunktionen für Mitarbeitende anderer Qualifikationsniveaus. Die Organisation stellt fachliche Unterstützung, kollegiale Beratung (keine regelhafte Supervision), geregelte Kommunikationsstrukturen und Zugang zu aktuellen wissenschaftlichen Ressourcen sicher. Besonderer Fokus liegt auf der evidenzbasierten Gestaltung und Evaluation klinischer Versorgungsprozesse sowie auf der direkten klinischen Mitwirkung in hochspezialisierten Versorgungssettings und der engen Abstimmung in dynamischen interprofessionellen Teams.