

Stellungnahme der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe des Bundesministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Eingedenk der Vieldimensionalität der Problematik und der Heterogenität der beteiligten Interessen auf den Ebenen der Berufe, Träger, Verbände, Verwaltungen und der Politik anerkennen wir ausdrücklich Aufwand und Kompetenz des vorliegenden Referentenentwurfs zur Neuregelung eines Pflegeberufsgesetzes an. Generalistische Orientierung und primärqualifizierende Ausrichtung der Hochschulqualifikation, eine Differenzierung der Ebenen durchlässiger Pflegebildung, von der zu wünschen ist, daß sie auch die zeitlich und kompetenziell außerhalb des Geregeltel liegenden Pflegebildungen jeweils spezifisch kennzeichnet, sind wichtige Schritte einer systemischen Pflegebildung in der Bundesrepublik, die Voraussetzung für lebenslanges Lernen und berufliche Biographien in der Pflege sind.

Wie nicht anders denkbar, gibt es Anmerkungen zum vorliegenden Entwurf, die wir aus Sicht der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft darstellen und begründen wollen, jeweils in Form einer Intention, einer Begründung und einem folgenden konkreten Änderungsvorschlag. Schwerpunkt unserer Stellungnahme sind die Regelungen zur hochschulischen Primärqualifikation. Wir machen wegen des inhaltlichen Zusammenhangs aber auch einige Anmerkungen zu den Regelungen der weiteren Abschnitte des Referentenentwurfs. Dabei folgen wir der Gliederung der Paragraphen des Entwurfs.

In der Stellungnahme der Dekanekonferenz mit dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe und dem Deutschen Pflegerat vom Mai 2015 setzen sich diese Verbände dafür ein, berufsfachschulische und hochschulische Pflegebildung durch die im Berufsgesetz getroffenen Regelungen *strukturell und inhaltlich äquivalent und aufeinander bezogen* zu regeln, um sowohl einerseits den ausbildungsbezogenen und den beruflichen Übergang transparent und ‚rational‘ zu gestalten und andererseits das Fundament der *wissenschaftlichen Basis* der berufsfachschulischen Ausbildung und die *wissenschaftliche Ausrichtung* des Hochschulstudiums zusammenhängend und gleichzeitig differenzierend erkennbar werden zu lassen.¹

¹ Wohl wissend, daß diese Argumentation vorrangig in die Erarbeitung der untergesetzlichen Ausgestaltung gehört, wird auch mit Bezug auf die Gestaltung des Gesetzes darauf ausdrücklich hingewiesen und dies an den Kompetenzen des § 5 und den erweiterten Kompetenzen für die Hochschulbildung verdeutlicht. Äquivalenz betrifft die Durchlässigkeit im Berufesystem, die begrifflich-konzeptuelle Vergleichbarkeit, den Wissensbezug und die Anerkennung von Kompetenzen bei wechselseitigen Übergängen in berufsfachschulischen und hochschulischen beruflichen Erstausbildungen. Es beinhaltet aber auch die Abkehr von Fachorientierungen, die Integration und den Problembezug von Ausbildungsinhalten und die jeweiligen Kompetenzorientierungen der Ergebnisse in den Strukturierungen der berufsfachschulischen und der hochschulischen Bildung (Modularisierung, Kompe-

Die Bezugnahme beider Formen der beruflichen Pflegebildungen auf die Kompetenzen des § 5 des Referentenentwurfs kann vor dem Hintergrund der übergreifenden Regelungen des EU-Rechts unter dem Gesichtspunkt der Äquivalenz gesehen werden und Sinn machen, wenn die Curricula jeweils die Spezifität der Ausbildungsinhalte und -formen wahren. Dies auch weil es sich um ein Gesetz zur Berufszulassung handelt, das unabhängig vom Ausbildungsort diese an die Erreichung der zugrundeliegenden Kompetenzen (EU-Richtlinien) bindet.

Die im Referentenentwurf zugrunde gelegte Kompetenzorientierung und die angestrebte Äquivalenz der Berufe im Gesundheitswesen macht deutlich, daß Pflege nicht nur im Bereich von Gesundheit und Krankheit professionelles Geschehen ist, sondern weitere Bezüge hat. Sie ist selbständig auf den Hilfebedarf von zu pflegenden Menschen bezogen und somit auch auf individuelle Beeinträchtigungen und Einschränkungen von zu pflegenden Menschen im Alltag ausgerichtet.

Das Gesetz sollte unseres Erachtens vor dem 1.1.2018, nach Möglichkeit vor der Bundestagswahl in Kraft treten.

§ 1

Die Berufsbezeichnungen „Pflegefachfrau“ und „Pflegefachmann“ werden kaum jemanden zufriedenstellen, ist doch die begriffliche Bezeichnung von Angehörigen anderer Berufe als ‚Fachleute‘ ausgesprochen selten anzutreffen. Die geschlechterspezifische Bezeichnung der Absolventinnen und Absolventen von Ausbildung oder Studium nach der Berufszulassung als Pflegefachfrau oder -mann ist sicherlich gewöhnungsbedürftig, aber auch sinnvoll vor dem Hintergrund, daß in anderen deutschsprachigen Ländern gleichlautende Bezeichnungen gebräuchlich sind. Eine geschlechterindividuelle Bezeichnung hindert nicht daran, im allgemeinen von Pflegefachperson oder -kraft zu sprechen. Die hochschulausgebildete Fachperson trägt den Zusatz Bachelor of Science (B. Sc.). Selbst wenn man im Falle eines Studiums die Ergänzung eines Bachelor of Nursing erwägt, die gegenwärtig keine Regelungsgrundlage hat, könnte auch diese Bezeichnung angehängt werden.

§ 4

Wenn die Bezeichnung „Vorbehaltene Tätigkeiten“ lautet, sollte dieser Begriff in Absatz 1 und 2 übernommen werden, da ein Rückbezug auf den eigenen ‚Beruf‘ gemeint, also der eigenen Disziplin immanent ist und nicht eine ggf. externe Aufgabenstellung zugrundeliegt.

tenzororientierung in Vermittlung, Erwerb und Prüfung, ...). Konsentiierte Positionen der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe und des Deutschen Pflegerates zur Regelung der hochschulischen Ausbildung im Rahmen der anstehenden Reform von Alten- und Krankenpflegegesetz. Berlin, 8.5.2015.

Absatz 2 Nr. 3 hat einen doppelten Bezug, den wir auch nach § 5 (3) Nr. 1 Buchstabe d aufzulösen vorschlagen: Mit ‚Pflegeprozeß‘ ist das Instrument adressiert, das systematisch und in logisch aufbauenden und ablaufenden Phasen (Assessment, Planung, Durchführung, Evaluation) die pflegerischen Handlungen systematisiert und unter eine ‚eigene‘ Logik stellt. Weiterhin dient der Pflegeprozeß zur Organisation, Gestaltung und Steuerung der pflegerischen Versorgung. Diese beiden Aspekte der Relevanz des Pflegeprozesses sollten eindeutig benannt werden, auch vor dem Hintergrund der pflegebezogenen Regelungen des SGB XI. Im Referentenentwurf sollten die pflegeprozeßbezogenen Regelungen des § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstaben a und d zusammengezogen werden, zumal in der Begründung des in § 4 geregelten Vorbehalts. „... die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs nach (§ 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a), die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege (§ 3 Nummer 1 Buchstabe a), ... aufgenommen sind.

Von großer Bedeutung ist hierbei die Evaluation, die als Reflexion und Bewertung der im Rahmen des Pflegeprozesses erhobenen, geplanten und durchgeführten Maßnahmen eine Beurteilung der Zielerreichung und Wirkung der Pflege ergibt und so mit der Sicherung des Pflegeprozesses zu tun hat. Sie ist regulärer Bestandteil einer systematischen Pflege und Ausdruck der Qualität der Pflege (aber kein Instrument der Qualitätssicherung). Positiv ist, daß hiervon begrifflich differenziert (§ 4 Nummer 3) Qualitätssicherung aufgenommen wurde. Qualitätssicherung in der Pflege ist eine grundlegende und sozialrechtlich geregelte Aufgabe der professionellen Pflege, die eigenständig formuliert werden muß.

§ 5

In Absatz 2 empfehlen wir, den Begriff der Maßnahmen durch *fachlich begründete Handlungen* zu ersetzen. Maßnahmen orientieren auf Durchführung, das ist unseres Erachtens zu eng formuliert.

Die Bezeichnung „sozialpflegerisch“ sollte dringend gestrichen werden. Pflege ist per se sozial ausgerichtet. Der Begriff der Sozialpflege ist historisch belastet, und sozialpflegerisch gehört begrifflich nicht in den Kontext des pflegfachlichen und -wissenschaftlichen fachsprachlichen Gebrauchs. Vorschlag ist, die Aufzählung zu ergänzen durch „auf das Umfeld gerichtet, integrativ und teilhabeorientiert“. Vor allem der letzte Aspekt erscheint essentiell.

Absatz 3: Wenn Sie in der Definition nach Absatz 2 Prävention aufführen, gehört sie auch zu den Aufgaben nach Absatz 3 als pflegerische Prävention und Gesundheitsförderung, zumal sie sozialrechtlich und im Präventionsgesetz als Aufgaben der Pflege genannt werden.

Wegen der Bedeutung, die Regelungen dieses Paragraphen auch für die hochschulische Bildung haben (Bezugnahme des staatlichen Teils der Abschlußprüfung), und wegen der Äquivalenz der beruflichen Bildungen sollte zusätzlich eine Aufnahme im Hinblick auf die pflegerische Versorgung erfolgen.

Bitte trennen Sie, wie unter § 4 aufgeführt die Tätigkeiten der Pflege:

„a) Erhebung, Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege.

b) ...

c) Dokumentation der pflegerischen Tätigkeit.“ Die Reduktion der Dokumentation auf pflegerische Maßnahmen ist eine unzutreffende Verkürzung.

d) ...

e) hier wäre der Begriff der „Eduktion“ aufzunehmen, der international üblich ist. Aufzunehmen ist auch die „Auseinandersetzung mit und die Bewältigung von Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Gesundheit“. Die Reduktion auf die die Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit verkennt, daß im Falle von Pflegebedürftigkeit nicht Gesundheit und Krankheit Handlungsanlaß sind, sondern das Leben mit Beeinträchtigung, das Zurecht--kommen und Bewältigen des Alltag mit Beeinträchtigungen.

f) „Erhaltung ... insbesondere im Rahmen von *pflegerischen* Rehabilitationskonzepten ...“.

Die Pflegeversicherung beinhaltet ausdrücklich den Ansatz der aktivierenden Pflege als pflegerische Rehabilitation, eigenständig und disjunkt zum Krankenversicherungsrecht geregelt. Eine „medizinische“ Rehabilitation ausschließlich nach den Regelungen des Krankenversicherungsrechts schöpft Möglichkeiten und Zielsetzung der Rehabilitation nicht aus. Im Rahmen der selbständigen Zuständigkeit der Pflege muß es also auch um *pflegerische Rehabilitation* gehen.

Bitte streichen Sie den Begriff der *Betreuung* und verwenden Sie statt dessen *Versorgung* und *Begleitung*.

Bitte nehmen Sie in Absatz 3 Nr. 1 als Buchstaben i neu auf: Organisation der pflegerischen Versorgung und Beratung von zu pflegenden Menschen in Fragen der Versorgung.

Bitte nehmen Sie unter Absatz 3 Nr. 2 auch die Prävention auf. Sie ist Gegenstand gemeinsamer Handlungsansätze.

Der Begriff der „Krankheitsbefunde“ in Absatz 3 Nr. 3 ist zu eng gefaßt. Eine Lösung könnte sein: „Lösungen im professionellen Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit“.

§ 6

In Absatz 3 sollte die Korrespondenz von theoretischer und praktischer Ausbildung als Satz zwei aufgenommen werden.

Absatz 4 sollte ergänzt werden: „Die Beteiligten gewährleisten eine hinreichende fachliche Breite und ggf. eine Rotation in der praktischen Ausbildung“.

§ 7

Absatz 2 ist nicht eindeutig formuliert. Man könnte meinen, alle Pflichteinsätze sind disponibel, und das wird wohl nicht so sein. Insofern müßte unter Verweis auf Wahlpflichteinsätze eingeschränkt oder auf Regelungen der Ausbildungs- und Prüfungsordnung verwiesen werden.

Bitte streichen Sie den zweiten Satz in Absatz 3.

In Absatz vier ergänzen Sie bitte im ersten Nebensatz: wobei ein angemessenes Verhältnis von Auszubildenden zu Pflege-Fachkräften und verfügbarer Anleitung gewährleistet sein muß.

§ 8

Bitte ergänzen Sie in Absatz 4: Die Aufgabenwahrnehmung soll auch länderübergreifend möglich sein.

Fügen Sie bitte eine Absatz 5 an: „Auf der Grundlage einer landesrechtlichen Genehmigung kann ein geringer Anteil der Praxiseinsätze in hierfür ausgestatteten Einrichtungen der praktischen Lehre an Schulen ersetzt werden“.

§ 9

In Anerkennung der weiterentwickelnden Regelungen dieses Paragraphen halten wir trotzdem für erforderlich, auch die Berufszulassung der Lehrkräfte verbindlich zu regeln. (Eine vergleichbare ‚Weglassung‘ ist in der praktischen Ausbildung in der Medizin undenkbar.) Die Ergebnisse der KMK zur inhaltlichen Qualifikation im Rahmen des ‚beruflichen Bereichs Pflege, haben dies evident werden lassen.

Bitte streichen Sie in Absatz 3 den Satz 2 und ändern Sie „weitere Anforderungen“ in „weitergehende Anforderungen“.

§ 10

Bitte präzisieren Sie in Absatz 1 die „Gesamtverantwortung für die theoretische und die praktische Ausbildung“ sowie die

Da der Lehrplan kompetenzorientiert gestaltet werden sollte, bitten wir durchgehend den Begriff des „Tätigkeitsnachweises“ in „Kompetenznachweis“ zu ändern (Absatz 2).

Hier ergeben sich einige Fragen: Hat eine Schule Sanktions-/Reaktionsmöglichkeiten, wenn evident ist, daß die praktische Ausbildung ihr Ziel nicht erreicht? Wollen Sie einen Diskurs, Handlungsmöglichkeiten oder anderes regeln? Überlegen Sie, eine Qualitätssicherung für die berufsfachschulische Ausbildung im Länderkonsens zu konzipieren, ggf. sogar strukturanalog zur hochschulischen? Unsere Mitarbeit und das Votum hierfür hätten sie.

§ 11

Da die Hierarchie der Bildungsabschlüsse ranggeordnet abnimmt ist hier unter Absatz 1 Nr. 1 vorrangig der „qualifizierte mittlere“ Bildungsabschluß in einschlägiger Begrifflichkeit zu nennen. Der unter Nr. 3 genannte Satz sollte entfallen oder an eine einschlägige Brückenqualifikation geknüpft werden.

§ 12

Hier sollte ein Satz 1 die Einschränkung einer „anderen erfolgreich abgeschlossenen einschlägigen Ausbildung“ gemacht werden. Die Anrechnungsquote von zwei Dritteln ist zu hoch angesetzt.

In Absatz 2 sollte den Schulen die Möglichkeit eingeräumt werden, das Erreichen der anerkanntungsfähigen Kompetenzen durch die Form einer geregelten Äquivalenz-Prüfung festzustellen. Kompetenzen pauschal aufgrund von Zertifikaten anzuerkennen ist regelhaft Augenwischerei. Nur durch eine individuellen Überprüfung und Validierung der Kompetenzen ist eine Durchlässigkeit erreichbar. (Das belegen Erfahrungen in anderen Ländern.) Anerkennung von Leistungen zur bloßen Verkürzung von Ausbildung wird dem Ziel qualifizierter Ausbildung und dem Interesse der Auszubildenden nicht gerecht, führt zur Absenkung der Qualität der Versorgung und gefährdet letztlich Patienten und Pflegebedürftige. Zudem trägt sie dazu bei, das gesellschaftliche Ansehen des Pflegeberufs zu

herabzusetzen, wenn die Anforderungen und Qualifikationsanforderungen faktisch immer weiter abgesenkt werden können. Dies führt in der Konsequenz zu einer Verstärkung des Mangels an Fachkräften und zur Deprofessionalisierung des Berufs.

Im Sinne der Äquivalenz von Ausbildung und Studium könnte ein ausdrücklicher Hinweis zum Transfer von abgebrochenem Studium in den Übergang der berufsfachschulischen Ausbildung, wie in der Begründung zum Referentenentwurf thematisiert, sinnvoll sein.

§ 13

Die getroffenen Regelungen sind nicht übermäßig freundlich, gegenüber denjenigen, die sie betreffen: 20 % der theoretischen und praktischen Ausbildung betragen bereits 11 Wochen. Die vollen geregelten Mutterschutzfristen erfüllen bereits die 14 Wochen, eine zu behandelnde Krankheit in der Schwangerschaft darf nicht einmal vorliegen. Diese Regelungen greifen zu eng. Folgende Möglichkeiten der Kompensation wären alternativ denkbar: die Ausbildung um die Fehlzeiten zu verlängern, eine Schülerin für diese Zeit in eine geregelte teilzeitliche Ausbildung aufzunehmen oder mit ihr eine Regelung zum Kompetenzerwerb im Selbststudium mit Prüfung zu treffen. (Wegen der vermutlichen Vergrößerung der Schulen wären dies übergreifende, zeit- und kostensparende Möglichkeiten, den Ausbildungsinteressen der Schülerinnen Rechnung tragen zu können.)

§ 14

Die in Absatz 4 getroffene Regelung kann die faktische Dauerblockade der Heilkundeübertragung lockern. Die Zeitbegrenzungen der Geltung – hier könnten entsprechend den Akkreditierungsregeln auch fünf bis sieben Jahre gelten und nicht nur eine Änderungs-genehmigung – findet unsere Zustimmung. Es bedarf vermutlich aber der (neuen) Regelung einer Verfahrensträgerschaft für diesen Weg, da die im SGB V geregelte Trägerschaft ebenfalls verzögernd wirksam sein dürfte. Eine aus der Bildungseinrichtung kommende Initiative verbunden mit der Sicherung von Implementation und Praxis, begleitet durch wissenschaftliche Begleitung dürfte sinnvoll und praktikabel sein.

In Absatz sechs könnte präzisiert werden, daß die staatliche Abschlußprüfung den getroffenen Prüfungsregelungen für die berufsfachschulische und die hochschulische Ausbildung entspricht.

Grundsätzlich halten wir für erwägenswert, eine tatsächliche Heilkundeübertragung zur selbständigen Ausübung an die akademische Qualifikation zu binden, insbesondere auch wegen der eigenständigen fachlichen Diagnostik, der instrumentellen Handlungssicherung, der

problemlösenden Handlungsoptionen und der fachlichen und strukturellen Entwicklungsmöglichkeiten.² Im Zuge der Regelungen sollte eine Justierung der in der Richtlinien genannten Tätigkeiten im Hinblick der mit den Richtlinien verbundenen Intention überprüft werden. (Reformulierung der Richtlinien vor dem Hintergrund des novellierten Berufsrechts.)

§ 15

In Absatz 1 empfehlen wir dringend, Abweichungen für § 9 nicht zuzulassen, da die Gefahr besteht, daß die (mühsam) erreichte Strukturqualität der Ausbildung hierdurch unterlaufen werden könnte.

Der letzte Satz ist mißverständlich: Die Bindung an die Institution (§ 6 (2)) muß erhalten bleiben, da sie die Verantwortung für die Ausbildung trägt. Gemeint ist mit dieser Regelung vermutlich die Erprobung von *Formen des Selbststudiums* oder anderer Formen *mediengestützter Kompetenzaneignung* im Rahmen der berufsfachschulischen Ausbildung (was sicher verdienstvoll und angebracht wäre). Es muß aber (nach aller Erfahrung an Hochschulen sichergestellt sein, das dieser Kompetenzerwerb durch die Bildungseinrichtung transparent ist, *dialogisch begleitet* und *hinsichtlich Qualität und Kompetenzerwerb evaluiert* wird. Der Begriff ‚Fernunterricht‘ erscheint nicht angemessen.

§ 16

Bei Absatz 1 und 3 sollten Sie den Begriff „praktischen“ streichen.

§ 17

Bitte formulieren Sie den ersten Satz faktisch: „Die/der Auszubildende erwirbt die in § 5 genannten Kompetenzen“.

Bitte ersetzen Sie in Nr. 3 des Tätigkeitsnachweis durch Kompetenznachweis.

In Nr. 4 könnten neben der Schweigepflicht (ärztliches Berufsrecht), den Betriebsgeheimnissen „die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen“ ergänzt werden.

2 Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). Erstfassung. Vom 20. Oktober 2011. Berlin (G-BA) 2012, S. 20-34, 53-133, S. 147-154.

§ 18

In Nr. 3 könnte nach Fachbüchern ergänzt werden: „andere Fachmedien“ (Fachzeitschriften, Medien).

In Nr 4 sollte geregelt werden, daß die Teilnahme an ‚Ausbildungsveranstaltungen und Prüfungen‘ einschließlich deren angemessene Vorbereitung, implizit und obligat sind.

§ 19

Die Finanzierung über die gesamte Ausbildungsdauer wird positiv gesehen.

Der Absatz 3 sollte entfallen, da er dem Ziel des Kompetenzerwerbs durch Ausbildung entgegengerichtet ist.

§ 26

Die Regelung Absatz 1 Nr. 4 steht im Widerspruch zu anderen Regelungen des Entwurfs (§ 29 (2, 3)), und sie begrenzt die fachliche Breite der praktischen Ausbildung. Insofern bedarf es hier einer Regelung der hinreichenden fachlichen Breite des Trägers kleiner und mittlerer Einrichtungen oder des Zusammenschlusses zu einem Verbund von Einrichtungen für die praktische Ausbildung.

Die Regelung des Absatzes 2 konstituiert auf mehreren Ebenen Differenzen der Ausbildung, die dem Grundsatz gleicher Chancen für die Auszubildenden widersprechen könnten, ohne daß eine Form des Ausgleichs oder der Kompensation erkennbar ist.

§ 27

In Absatz 1 müßte nach unserem Verständnis entweder ausgeführt werden: „Kosten der Pflegeausbildung sind auch die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung ...“, oder es müßte heißen: „Kosten der Pflegeausbildung sind die Kosten der ...“ .

Nicht nachvollziehbar ist, daß die Investitionskosten nicht zu den Ausbildungskosten gerechnet werden.

Die Kosten für die Qualifizierung der Praxisanleitung der berufsfachschulischen und der hochschulischen Bildung bedürfen der Regelung, Kosten der hochschulischen Anleitung bedürfen ebenfalls der Finanzierung.

§ 29

Es wird nicht klar, woran sich die Zahl der zu meldenden Ausbildungszahlen (aus Bewerbungen, aus aquirierten Auszubildendenzahlen, Trägerinteressen, ...) bemißt.

§ 33

Die Quoten des Finanzbedarfs sollten zeitbegrenzt festgelegt und danach den (ggf. veränderten) Fachkräftebedarfen angepaßt werden, damit es nicht zu ‚ungerechtfertigten‘ Transfers kommt.

§ 36

Die Schiedsstelle weist qua Besetzung keinen pflegefachlichen oder pflegewissenschaftlichen Sachverstand aus, was im Hinblick auf Fragen der Pflegebildung nach dem Berufsgesetz nicht unproblematisch ist. Vorschlag ist, daß mindestens zwei Vertretungen der Schiedsstellenbeteiligten über eine Berufszulassung und pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Sachverstand verfügen oder daß die Schiedsstelle um Berufsvertretung erweitert wird.

§ 37

Wir bewerten positiv, daß es zu einer Regelung der Hochschulerstausbildung der Pflege im Referentenentwurf gekommen ist. Die vorgeschlagene knappe Regelung des Studiums ist im Grundsatz akzeptabel und – vorbehaltlich der untergesetzlichen Gestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – eine tragfähige Basis für die Hochschulerstqualifikation in der Pflege. Eine Orientierung auf Primärqualifikation war nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrats erwartbar, und sie ist sinnvoll. Die primärqualifizierende Ausrichtung, verstanden als curricular organisiertes Studium in Theorie und Praxis, erfordert zum gegenwärtigen Stand allerdings mindestens eine partielle Reintegration von Pflegebildung in die Hochschulen, die – vor allem wegen mangelnder personeller und sächlicher Ausstattung – ‚ausgegründet‘ wurden und in vertraglicher Kooperation und unterschiedlicher Form mit betrieblichen und überbetrieblichen Ausbildungsträgern des Gesundheitswesens erbracht werden.

Der Wissenschaftsrat macht in seinen Empfehlungen weiter Strukturvorschläge für die institutionelle Zusammenarbeit in der theoretischen und praktischen Pflegebildung, denen gegenwärtig die ausbildenden Hochschulen nur in der Minderheit entsprechen. Für den Strukturwandel der Ausbildung, der aus den Empfehlungen des Wissenschaftsrats und der Orientierung des Berufsgesetzes folgen soll,³ ist eine nachholende personelle und sächliche Ausstattung des Bereichs erforderlich, die dem Durchschnitt anderer Studiengänge, Fach-

3 Wissenschaftsrat (Hg.): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln (Eigenverlag) 2012, S. 77-102.

bereiche oder Fakultäten entspricht, die *auch* in naturwissenschaftlichen, medizinischen und biologischen Grundlagen sozialisieren. Ein Struktur- und Ausstattungsdefizit gilt größtenteils auch für die institutionelle Zusammenarbeit mit Medizinischen Fakultäten oder Universitätsmedizinern wie auch Campushochschulen und den weiteren Hochschulen mit pflegerisch-gesundheitlichem Schwerpunktprofil mit wenigen Ausnahmen. Hochschulen verfügen auch nur ausnahmsweise über eigene Praxiseinrichtungen der Versorgung und andererseits über eine Vielzahl vertraglich verbundener Praxiskooperationen. Sie führen nur ausnahmsweise Praxiseinrichtungen, in denen Sie vertraglich abrechenbare Leistungen, die sozialrechtlich geregelt sind, erbringen können und in denen begleitete Elemente der praktischen Ausbildung stattfinden können.

Für ein primärqualifizierendes Studium mit curricular integrierter praktischer Ausbildung muß möglich sein, ein bedside teaching und andere Formen kommunikativer und klinisch-praktischer Ausbildung in den Einrichtungen der Versorgung durch die Beteiligten der Hochschulausbildung auch personell zu realisieren. Hierfür müssen die Voraussetzungen geklärt werden.

Wenn die Kompetenzen einer hochschulsozialisierten Pflege in das unmittelbare selbständige gesicherte Pflegehandeln, die empirisch begründete pflegebasierte Versorgung und die Entwicklung der Disziplin Pflege als Berufssystem eingebracht werden sollen – und das ist das Ziel eines primärqualifizierenden Studiums –, ist eine angemessene Ausstattung unbedingte Voraussetzung. Dabei ist keine Lösung, sich in Wahrung der Strukturen der Hochschulbildung mit überlangen Übergangsfristen quasi an der intendierten Entwicklung vorbeizumogeln.

Für die Formulierung der Ausbildungsziele nach Paragraph 37 wollen wir einerseits einige begriffliche Änderungen vorschlagen und andererseits darauf hinweisen, daß die „beschriebenen Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung“ analog den Anmerkungen zu § 5 etwas systematisiert und im Hinblick auf Studienziele und erreichbare Lernergebnisse im Rahmen eines Bachelorstudiums angemessen dargestellt werden sollten. Das sind sie teilweise nicht, indem sie Inhalte thematisieren, die nicht Gegenstand einer in Wissen und Kompetenzen grundlegenden hochschulischen Erstausbildung sind. Die vorgeschlagenen Änderungen sind im Text unterstrichen gesetzt und ggf. kurz begründet in folgenden Klammersätzen ().

Im folgenden finden Sie einen Vorschlag für die reformulierten und im Rahmen eines Bachelorstudiums erreichbaren (erweiterten) Ziele und Kompetenzen:

(1) Die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen befähigt zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und sozialen Situationen entsprechend dem Ausbildungsziel (§ 5 (1, 2)). Sie verfolgt gegenüber der beruflichen Pflegeausbildung nach Teil 2 ein erweitertes wissenschaftsfundiertes Ausbildungsziel.

(2) Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen nach § 5 Absatz 2 in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen, personalen und versorgungsstrukturellen Kompetenzen auf wissenschaftlich gesicherter Handlungsgrundlage und methoden- und forschungsfundierter Problemlösung.

(3) (Kompetenzen) „Sie befähigt darüber hinaus insbesondere,“

0. zur Kompetenz der Wissenschaftsfundierung des Pflegeprozesses als theoretisches Fundament praktischer Pflegehandlungen, um ihn theoretisch in seinen Begriffen, Konstrukten, Instrumenten, Phasen, Abläufen und Problemen begründen zu können.

1. zur Steuerung und Gestaltung von komplexen Prozessen der pflegerischen Versorgung auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage, in handlungslogischer Abfolge und wissenschaftsgestützten Entscheidungsprozessen.

(Die argumentative Basis des *Pflegeprozesses* greift hier zu eng, weil es über sie hinaus auch um Prozesse der pflegerischen Versorgung geht.⁴ Es sollten komplexe Prozesse formuliert werden, hochkomplexe Prozesse gehören nach den im Fachqualifikationsrahmen Pflege⁵ genannten Kriterien in den Bereich von klinischen Masterstudiengängen, deren wissenschaftliche und instrumentelle Grundlegung und Vertiefung wesentlich weiter gehen und einen eigenständigeren Handlungsrahmen voraussetzen.)

2. zu vertieftem und systematischem Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlichen-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns einschließlich des normativ-institutionellen Systems der Versorgung in den jeweiligen Begründungskontexten, dies in Handlungszusammenhängen der Praxis anzuwenden zu können und so die pflegerische Versorgung und ihre professionelle Entwicklung mitzugestalten.

4 Ihnen liegt zwar teilweise auch das Formalmodell eines Problemlösungsprozesses zugrunde (Nationaler Expertenstandard Entlassungsmanagement, Qualitätssicherung, ...), es handelt sich aber um Prozesse der Steuerung der Versorgung und nicht von Pflegehandlungen.

5 Hülsken-Giesler, Manfred und Johannes Korporal (Hg.): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. Berlin (Purschke + Hensel) 2013, S. 24-37.

3. dazu, sich aufgrund der pflegewissenschaftlichen Literatur gesicherte und neue Forschungsergebnisse erschließen, aneignen und ihre Relevanz beurteilen zu können, sie im Hinblick auf handlungsrelevante Themen auswerten und Problemlösungen durch entwicklungs- und forschungsgestützte Verfahren fördern oder herbeiführen können. In diesem Zusammenhang sollen auch neue Instrumente oder Technologien in das berufliche Handeln einbezogen werden und hieraus folgende Fort- und Weiterbildungsbedarfe ermittelt werden können.

4. zu analytisch und kritisch-reflexiver Auseinandersetzung mit vorhandenem theoretischem und praktischem Wissen, strukturelle und verfahrensmäßige Zusammenhänge zu erkennen und einzubeziehen, einschließlich deren Regelungsgrundlagen, um wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld, hinsichtlich der Klientelorientierung, aber auch der Veränderung von Prozessen und Strukturen der Versorgung konzipieren, anwenden und umsetzen zu können.

5. Grundlagen der Qualität und ihrer internen und externen Sicherung begrifflich, instrumentell, normativ und verfahrensmäßig zu kennen, Probleme ihrer Implementation und Entwicklung kennengelernt und sich mit Vereinbarungen zu ihrer Sicherung und den Wirkungen auseinandergesetzt zu haben.

(Die Entwicklung von Expertenstandards (Konzepten, Leitlinien) ist an Expertise, Verfahren und übergreifenden Konsens gebunden. Absolventen eines primärqualifizierten Bachelorstudiengangs verfügen nicht über eine für die Entwicklung von evidenzbasierten Instrumenten erforderliche Expertise. Sie haben regelhaft auch keinen Zugang zu den Zusammenhängen der Erstellung.⁶ Leitlinien gehören mit der Ausnahme von interdisziplinären Versorgungsleitlinien in den Bestand der Medizin, sie sind das ärztliche Äquivalent von Expertenstandards. Wenn es um berufeübergreifende evidenzbasierte Instrumente geht, ist auch weitergehende methodische Expertise gefragt. Die Erarbeitung von Konzepten der Qualitätssicherung ist ebenfalls an einschlägige Expertise gebunden, die in einem primärqualifizierenden Bachelorstudium bestenfalls solide und belastbar grundgelegt wurde.)

6. Selbständige Ausübung übertragener heilkundlich-diagnostischer Prozesse.

6 Deren Prozesse sie in forschungsorientiertem Lernen begleiten und bearbeiten können.

(4)

„Die Hochschule kann im Rahmen der ihr obliegenden Ausgestaltung des Studiums die Vermittlung vertiefender und detaillierender Kompetenzen im Sinn der individuellen Profilierung des Studiums vorsehen. Das Erreichen ...“

(Diese Argumentation wendet sich gegen die Einbeziehung eigenständiger Fort-/ggf. Weiterbildungen über den Rahmen eines beruflich erstausbildenden Studiums hinaus.)

(5) Hier wird auf die Ausführungen auf Seite 7 verwiesen.

§ 38

In Absatz 3 bitten wir, den zweiten Satz wie folgt fortzusetzen: „deren Qualifikation mindestens dem Ausbildungsziel des Studiengangs entsprechen sollte.“⁷

In Absatz 5 sollte im letzten Satz folgendes ergänzt werden: „erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten sollen als gleichwertige Leistungen nach den Regelungen der Prüfungsordnungen des Studiengangs oder der Hochschule auf das Studium angerechnet werden.“⁸

§ 39

In Absatz 2 sollten auch die erweiterten Ausbildungsziele nach § 37 zum Gegenstand der Überprüfung der Kompetenzen gemacht werden, zumal sie Ausbildungsinhalte für die Hochschulbildung analogisieren.

(Sie sind laut Regelung integraler Bestandteil dieser Qualifikationsform und profilieren das Berufsbild bei gleicher Ausrichtung auf die Berufszulassung. Die Regelung „zum Ende des Studiums“ beinhaltet, daß diese Überprüfung nicht strikt am Ende des Studiums erfolgen muß. Es sollte jedoch ein Begriff für die Überprüfung dieser Kompetenzen gefunden und genannt werden, der den Charakter als Grundlage für die staatliche Berufszulassung zum Ausdruck bringt (möglicher Vorschlag: berufszulassende Prüfung). Dann ist die nachfolgende Regelung des Absatzes 3 logisch, da die dieser Prüfung zugrundeliegenden Module ‚vereinbart‘ werden. Die übrigen Module des Curriculums sind dann wie bisher durch studienbegleitende kompetenzorientierte Modulprüfungen abzuschließen und, wenn erforderlich und geregelt, aufgrund der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in die Gesamtbewertung des Studiums einzubringen. Eine Differenzierung kann auch über das Diploma Supplement erfolgen.⁹)

7 Dies ist im übrigen auch Gegenstand der Akkreditierung.

8 Dies ist im übrigen auch Gegenstand der Akkreditierung.

9 Dies ist im übrigen auch Gegenstand der Akkreditierung.

Demnach wären zur Klärung in Absatz 3 die staatliche Prüfung einzubeziehenden Module als berufszulassende Module zu etikettieren, und damit wäre an diesem Punkt Klarheit geschaffen.

§ 53

In Absatz 1 müßte nach Teil 2 Teil 3 ergänzt werden, wenn im Berufsgesetz auch die Erarbeitung eines Rahmencurriculums für die hochschulische Bildung intendiert ist. Die Äquivalenz der beruflichen und der hochschulischen Ausbildung sollte leitend sein.

Die Zeitbegrenzung und sachverständige Überprüfung wird befürwortet.

Nach dem ersten Satz in Absatz 3 könnte angefügt werden: „Nach Bildung und Aufgabenübernahme kann die fachliche Expertise der Pflegekammern integriert werden. Eine/ein fachlich qualifizierter Mitarbeiter/in einer Akkreditierungskommission kann für die Fragen der Akkreditierung bei hochschulischen Studiengängen und ggf. für eine Qualitätssicherung in der berufsfachschulischen Ausbildung beratend einbezogen werden.“

Zu Absatz 5 bitten wir dringend einen anderen Ort der Anbindung der Fachkommission vorzusehen. Das Bundesinstitut für Berufsbildung hatte zwar eine Mitarbeiterin und einen Mitarbeiter mit hoher Expertise im Bereich der Gesundheitsberufe, die allerdings das Institut verlassen haben. (Konstruktiv fördernde Initiativen zur berufsrechtlichen Regelung im hier anstehenden Bereich hat es nicht gegeben.) Eine gegenwärtige Expertise scheint gebildet werden zu müssen. Das Institut vertritt offensichtlich gewerkschaftsnahe Auffassungen zu diesem Bereich der beruflichen Bildung, der überwiegend außerhalb seines institutionellen Auftrags (Berufe auf Basis des Berufsbildungsgesetzes) liegt. Der Referentenentwurf schließt die Rechtsgrundlage des Instituts, nämlich das Berufsbildungsgesetz, explizit aus (§ 58). Die vom BIBB vertretenen Positionen hinsichtlich der Hochschulbildung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe können nicht als neutral und schon gar nicht als fördernd bezeichnet werden (Anhörungen, Stellungnahmen zu Modellklauseln, zur akademischen Bildung, zu öffentlich rechtlichen Kammern in Bezug auf deren Relevanz für berufliche Fort- und Weiterbildung). Die Entwicklung scheint unserer Auffassung nach zu sensibel und relevant zu sein, um sie mit unkalkulierbaren Einflüssen zu belasten. Wir schlagen vor eine ‚neutrale‘ Anbindung zu wählen und können uns vorstellen, diese in verbundener Institutionalisierung von Hochschulrektorenkonferenz (HRK), Deutschem Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) und Wissenschaftsrat (WR) zu finden. Die drei Institutionen haben sich unter verschiedenen Aspekten mit Berufen des Gesundheitswesens beschäftigt. Expertise hin-

sichtlich der berufsfachschulischen Bildung müßte generiert werden. Die Fachaufsicht bleibt unberührt.

§ 54

Aus Gründen, die unter § 53 ausgeführt wurden, aber auch zusätzlich der erheblichen Forschungserfahrung und Forschungsträgerschaft empfehlen wir auch hier, eine Beauftragung des DZHW zu regeln und durch eine in diesem beruflichen Bereich der übergreifenden Bildungs- und Implementationsforschung erfahrene Institution vorzunehmen. Das BIBB hat unseres Wissens kaum ausgewiesene Erfahrungen in Fragen und Bereichen der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung. Aber schon allein eine öffentliche Ausschreibung der Aufgaben erscheint als vergleichsweise angemessenere und eher fördernde Bedingung.

§ 56

Wir empfehlen und bitten dringend, Absatz 1 Nr. 5 neutral zu formulieren.

In Absatz 4 empfehlen wir bei den beteiligten Organisationen fachliche Expertise in Pflege und Bildung vorzusehen oder extern zu kooptieren.

§ 60

Die Übergangsfrist nach Absatz 3 erscheint wesentlich zu lang, um die Wirkungen des Gesetzes in Bildung und Praxis einzubringen.

Die Vorschriften des Absatzes 4 sind ebenfalls zu weitgehend (inhaltlich und zeitlich) und zu wenig konkret. Da die Regelungen mit Gesetzesbeschluß bekannt sind, kann die Frist des Absatzes 4 auf das Folgejahr festgelegt werden.

§ 62

Die gewählte überlange Frist des Bestandschutzes bestehender institutioneller Kooperationen tangiert die Intention der Primärqualifikation. Wir empfehlen, in fünf Jahren die letzte Zulassung nach bestehendem Modell zu regeln. Dies deckt sich in etwa auch mit der geplanten Evaluation (§ 63 (3)). Den Regelungen ab Satz zwei in Absatz 1 stimmen wir zu. Absatz 2 schlagen wir vor zu streichen.

Berlin, 9.12.2015

www.dekanekonferenz-pflegewissenschaft.org