

## Kabinettsentwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegerberufe (Pflegerberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV)

Deutscher Caritasverband e. V.  
Karlstraße 40  
79104 Freiburg  
Deutschland  
Telefon: +49 761 200-0  
www.caritas.de

Kontakt: Dr. Elisabeth Fix  
Telefon-Durchwahl  
030-284447-46  
elisabeth.fix@caritas.de

Diakonie Deutschland  
Evangelisches Werk für  
Diakonie und Entwicklung e.V.  
Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 652 11-0  
diakonie@diakonie.de  
www.diakonie.de

Kontakt: Manfred Carrier  
Telefon-Durchwahl  
030-652 11-1671  
manfred.carrier@diakonie.de

Der Deutsche Caritasverbandes und die Diakonie Deutschland nehmen gemeinsam mit ihren Fachverbänden Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP), Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) sowie Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) zum Referentenentwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Stellung.

### A. Allgemeine Bewertung

Caritas und Diakonie und ihre Fachverbände begrüßen, dass der Kabinettsentwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegerberufe (Pflegerberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) nach § 56 Abs. 1 PflBG nun vorgelegt wurde. Die Verordnung konkretisiert die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes – PflBG, für das der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland sowie ihre Fachverbände VKAD (Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.) und KKVD (Katholischer Krankenhausverband Deutschland), DEVAP (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege) und DEKV (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband) seit Jahren eintreten.

Der Kabinettsentwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verfolgt das Ziel, das Pflegeberufgesetz (*PflBG, BGBl. I, S. 2581, 24. Juli 2017*) das in seinen wesentlichen Teilen am 1. Januar 2020 in Kraft tritt, praxisbezogen zu konkretisieren. Die Verordnung ist nun zügig zu verabschieden, damit sich die Einsetzung der Fachkommission, welche die Rahmenlehr- und –ausbildungspläne erarbeiten soll, nicht weiter verzögert. Die Verbände bedauern, dass der Fachkommission für ihre Aufgabe nur noch maximal 9 Monate zur Verfügung stehen werden. Es ist für den Start der neuen Ausbildung außerordentlich wichtig, dass den Pflegeschulen die Empfehlungen der Fachkommission nach § 51 sofort nach Abschluss der Arbeiten zur Verfügung

gestellt werden. Wir schlagen vor, dass die Fachkommission „Verlaufs- oder Zwischenberichte“ bereits während der Konzeption der Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne veröffentlicht. Aus diesen muss z.B. die Struktur und Form der Rahmenrichtlinie (modulartig) ersichtlich sein. Nur auf Basis solcher und weiterer Informationen werden die Pflegeschulen in die Lage versetzt, das schulinterne Curriculum vorzubereiten.

Die Pflegehelferinnen- und Assistenzbildungen der Länder müssen zeitnah durch Maßgabe der KMK und ASMK zu einer zweijährigen generalistischen Ausbildung aufgewertet und vereinheitlicht werden. Eine Anschlussfähigkeit an die dreijährige generalistische Pflegeausbildung ist zu erhalten.

Der vorliegende Kabinettsentwurf setzt das Pflegeberufegesetz und die generalistische Pflegeausbildung folgerichtig um und ist ein wesentlicher Beitrag zu einer zukunftsfähigen und qualitativ hochwertigen Pflegeausbildung.

Insbesondere die Kompetenzkataloge für die jeweiligen Pflegeausbildungen mit ihrer konsequenten Abkehr von der bisherigen Lernfelder- und Lerninhalteorientierung hin zur Kompetenzorientierung zeigen, dass das Pflegeberufegesetz eine neue Pflegeausbildung begründet. Die Auszubildenden werden dadurch befähigt, Wissen sowohl fachbezogen als auch fachübergreifend zu erwerben, zu vertiefen und in unterschiedlichen Handlungskontexten und Tätigkeitsfeldern anzuwenden. Auf der Grundlage des Kompetenzkatalogs werden sie befähigt, die Vorbehaltsaufgaben, welche das Pflegeberufegesetz definiert hat, selbstständig und methodengeleitet auszuführen. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung leistet somit einen wesentlichen Beitrag zu einer zukunftsfähigen und qualitativ hochwertigen Pflegeausbildung. Caritas und Diakonie und ihre Fachverbände begrüßen ganz ausdrücklich, dass die religiösen Kontexte mit dem Kabinettsentwurf in die Kompetenzprofile aufgenommen wurden. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass in einer Ausbildung, die zwar verschiedene Spezialisierungen zulässt, die Anforderungen an die Absolventen/innen gleich zu halten sind. Diesem Anspruch genügt die Anlage 4 nicht. In der Gesetzesbegründung ist im allgemeinen Teil folgender Satz ergänzt worden: „Allgemein ist sicherzustellen, dass das Niveau der Pflegeausbildung mit dem Niveau des Schulabschlusses korrespondiert, der den Zugang zur Ausbildung sichert“ (S. 2 und S. 88). Dieser Satz darf nicht als Niveauabsenkung ausgelegt werden. Um eine möglichst große Zielgruppe von potentiell Auszubildenden zu erreichen, muss sicherstellt sein, dass die Durchlässigkeit des Ausbildungssystems gewährleistet ist. Die Kompetenzniveaus einzelner Ausbildungen dürfen nicht abgesenkt werden, um die Zielgruppen zu erweitern.

Die Stundenverteilung des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie der praktischen Ausbildung nach den Anlagen 6 und 7 ist angemessen und berücksichtigt die Anforderungen der unterschiedlichen Versorgungsbereiche. Sie ermöglicht die Vermittlung von ausreichend Erfahrung in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen der Akutpflege sowie der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Indem Einsatzbereiche wie Rehabilitation, Palliativversorgung und Pflegeberatung aufgenommen wurden, wird der Kompetenzerwerb außerhalb des traditionellen Pflegebereiches ermöglicht.

Noch nicht hinreichend berücksichtigt sind die digitalen Kompetenzen, deren systematischer Erwerb in Bezug auf die digitale Transformation in der Pflege dringend erforderlich ist!

Positiv bewertet wird die Zusammensetzung und Aufgabenstellung der Fachkommission, die sich aus bis zu 11 Expertinnen und Experten zusammensetzen wird, welche die verschiedenen Versorgungsbereiche angemessen repräsentieren sollen. Bei der Auswahl der zu berufenden Persönlichkeiten ist darauf zu achten, dass diese über hinreichend Praxiserfahrung verfügen. Die Fachkommission sollte nach unserer Auffassung dem Bundesinstitut für berufliche Bildung bei dessen Durchführung von Forschungsaktivitäten auch spezifische Aufträge für Gutachten, Expertisen und Studien erteilen können, die für die Arbeit der Fachkommission erforderlich sind. Dies ist in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach unserer Auffassung noch nicht hinreichend sichergestellt.

Pflegeschulen benötigen zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und der neuen Pflegeausbildungen für die Curriculumentwicklung und die Qualifizierung ihres Lehrpersonals sowie für den Aufbau der Kooperationsbeziehungen zu den Trägern der praktischen Ausbildung eine einmalige Anschubfinanzierung. Wir weisen zudem darauf hin, dass in den Ländern eine verbindliche gesetzliche Grundlage für die Refinanzierung der Investitionskosten der Pflegeschulen zu schaffen ist.

Caritas, Diakonie und ihre Fachverbände bewerten folgende Änderungen des Referentenentwurfs gegenüber dem Kabinettsentwurf positiv:

- Die Anforderungen an die Qualifikation der Praxisanleitung (§ 4 Absatz 2) wurden modifiziert: Es ist zu begrüßen, dass die Praxisanleiter/innen jetzt nur noch ein Jahr Berufserfahrung in den letzten fünf Jahren aufweisen müssen und dass die Berufserfahrung nicht zwingend im jeweiligen Einsatzbereich der Praxisanleitung erworben sein muss. Die veränderte Begründung sorgt für mehr Klarheit bei der Umsetzung. In der Begründung zu Absatz 1 steht, dass bei der Praxisanleitung auch Vor- und Nachbereitungszeiten angemessen zu berücksichtigen sind. Es ist aus Sicht der sechs Verbände sinnvoll, den Zeitaufwand für diese Aufgaben auch direkt in § 4 der Verordnung zu verankern um die Verbindlichkeit der Regelung zu erhöhen.
- Die Verbände hatten den hohen Aufwand der Zwischenprüfung (§ 7), die sich gemäß des Referentenentwurfs in einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil gliederte, beklagt. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die detaillierte Regelung der Zwischenprüfung im Kabinettsentwurf entfallen ist.
- Ebenso positiv bewertet wird, dass das Nähere der Jahreszeugnisse (§ 6) und für die Kooperationsverträge (§ 8) in die Kompetenz der Länder übertragen wird.
- Es ist praxisgerecht, dass dem Prüfungsausschuss nicht nur der Schulleiter bzw. die Schulleiterin angehören kann, sondern auch ein anderes, für die Pflegeausbildung zuständiges Mitglied der Schulleitung (§ 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2). Die sechs Verbände hatten sich zudem dafür eingesetzt, dass die Teilnahme einer pflegebedürftigen Person an einer realen Pflegesituation in einer Prüfung nur mit deren ausdrücklicher Einwilligung zulässig ist und das der diesbezügliche Genehmigungsvorbehalt des Vorsitzenden des

Prüfungsausschusses (§ 17 Absatz 3 RefE) entfallen solle. Beide Punkte wurden in den Kabinettsentwurf aufgenommen (§ 10 Absatz 5 Satz 2; § 11 Absatz 3 Satz 2; § 16 Absatz 3). Gestrichen wurde auch, dass eine neben den zwei Fachprüfer/innen noch eine weitere Lehrkraft als Beisitzer/in an der Prüfung beteiligt werden kann. Auch dafür hatten sich Caritas und Diakonie und ihre Fachverbände eingesetzt.

- Caritas und Diakonie und ihre Fachverbände hatten gefordert, dass für den Rücktritt von der Prüfung (§ 20) ein ärztliches Attest zwingend vorgelegt werden muss. Dem hat der Kabinettsentwurf Rechnung getragen und verpflichtend die Vorlage eines amtsärztlichen Attests vorgeschrieben. Aus Sicht der Verbände ist jedoch ein ärztliches Attest regelmäßig ausreichend; eines amtsärztlichen Attests bedarf es nur in begründeten Zweifelsfällen.

## **B. Änderungsbedarfe:**

### **§ 3 Absatz 4: Einsatz von geeigneten Fachkräften für die praktische Ausbildung**

Es ist zu begrüßen, dass bei der praktischen Ausbildung in den speziellen Bereichen der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung (§ 7 Absatz 2 PflBG) neben den Pflegekräften auch andere, für die Vermittlung der Ausbildungsinhalte geeignete Fachkräfte, wie z.B. Ärztinnen und Ärzte in Kinderarztpraxen, zugelassen werden können. Abzulehnen und zu streichen hingegen ist, dass sich diese Ausnahmeregelung auch auf die praktische Ausbildung im Krankenhaus sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (§ 7 Absatz 1 PflBG) erstreckt. Es muss bei dem Grundsatz bleiben, dass die Pflegeausbildung in der Regel nur von Pflegefachkräften geleistet werden kann.

### **§ 4 Abs. 1 Praxisanleitung**

Das Aufgabenspektrum in § 4 Abs. 1 Satz 2 muss um „Bewertung der praktischen Leistungen“ des Auszubildenden ergänzt werden, da diese zu den genuinen Aufgaben der Praxisanleitung im Ausbildungsprozess gehört.

### **§ 5 Praxisbegleitung**

Die Praxisbegleitung soll sich nach der Verordnung auf die Begleitung der Auszubildenden in den praktischen Einsatzfeldern beziehen. Die Lehrenden müssen die Form der Begleitung entsprechend der konkreten Anforderungen gestalten können. Die Einbeziehung der Patient/innen sollte dabei nicht die Regel – wie in der Begründung aufgeführt –, sondern eine Möglichkeit dieser Ausgestaltung sein. Wir regen an, die Gesetzesbegründung entsprechend anzupassen.

### **§ 19 Absatz 4: Wiederholung der staatlichen Prüfung**

Eine zusätzliche Ausbildung sollte nach Auffassung von Caritas, Diakonie und ihrer Fachverbände auch erfolgen, wenn die zu prüfende Person zwei der drei schriftlichen Aufsichtsarbeiten wiederholen muss.

### **§ 31 Abs. 1 Durchführung der hochschulischen Pflegeausbildung**

§ 31 Absatz 1 Satz 2 sieht vor, dass die Praxisanleitung durch geeignetes, in der Regel hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal erfolgen soll. Im Bereich der Altenhilfe steht hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal nur in sehr begrenztem Umfang zu Verfügung, so dass eine Praxisanleitung durch hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal im Regelfall nicht gewährleistet werden kann. Die Bundesregierung hat das Problem erkannt und im Kabinettsentwurf immerhin festgelegt, dass abweichende Anforderungen an die Eignung der Praxisanleiter/innen nunmehr durch Länderregelungen bis zum 31. Dezember 2029 statt bis zum 31. Dezember 2027 möglich sein sollen. Caritas und Diakonie und ihre Fachverbände sprechen sich aus den genannten Gründen weiterhin für eine ersatzlose Streichung der Regelung aus.

### **§ 60 Aufgaben des Bundesinstituts für Berufsbildung**

§ 60 Absatz 4 regelt die Forschungsaufgaben des BIBB. Die Formulierungen legen nahe, dass das BIBB selbst sein jährliches Forschungsprogramm definiert, welches dann durch BMFSFJ und BMG genehmigt wird. Da das BIBB die Fachkommission bei ihrer Arbeit gemäß § 54 PflBG auch durch Forschung zur Pflegeausbildung unterstützen soll, muss gewährleistet sein, dass die Fachkommission über seine beim BIBB angesiedelte Geschäftsstelle gezielt Studien, Gutachten oder Expertisen, wie in § 55 Absatz 1 dieser Verordnung vorgesehen, in Auftrag geben kann. Dies ist in § 60 Absatz 4 klarzustellen.

## **Kompetenzkataloge nach den Anlagen 1-5**

### **Kompetenzen der Zwischenprüfung nach § 7 und Anlage 1**

#### **Ad III.2. Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.**

Es fällt auf, dass der Bereich der ärztlichen Anordnungen sehr konkrete Fertigkeiten und pflegerische Handlungen umfasst und damit das sonst angewandte Niveau der Kompetenzbeschreibung verlässt. Als Beispiele seien Punkt c) „beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Pflegephänomene“ und e) „schätzen chronische Wunden prozessbegleitend ein“ genannt. Auszubildende sollten, schon aus haftungsrechtlichen Gründen, nur an der Einschätzung chronischer Wunden oder an der Interpretation von Pflegephänomenen infolge medizinischer Eingriffe mitwirken und diese noch nicht eigenständig einschätzen können müssen.

## **Anlage 4**

Alle nach dem Pflegeberufegesetz erworbenen Berufsbezeichnungen berechtigen zur Durchführung der vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 Abs. 2 PflBG und stellen damit gleiche Anforderungen an das professionelle Handeln. Auch in den verschiedenen Versorgungsbereichen der Pflege sind die Kompetenzanforderungen gleichwertig und lassen kein Kompetenzgefälle innerhalb der Abschlüsse der beruflichen Pflegeausbildung zu. Dem entsprechend sind die in Anlage 2 – 4 aufgeführten Kompetenzen entsprechend des



Referentenentwurfs gleichwertige Niveaus zu Grunde zu legen. Eine Absenkung des Kompetenzniveaus eines Berufsabschlusses führt zu einer Abwertung der Profession und ist nicht zu rechtfertigen.

Festzustellen ist, dass die Anlage 4 „Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 28 zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger“ im Gegensatz zu den Anlagen 2 (Pflegefachfrau / -mann) und 3 (Kinderkrankenpfleger/in) sowohl sprachlich als auch in Teilen inhaltlich verändert wurde. Damit ist offenbar das grundsätzlich zu begrüßende Anliegen verbunden, wichtige Inhalte in einer verständlichen Sprache auszudrücken

Auffallend ist, dass Begriffe wie „evaluieren“ durch „bewerten“ oder „reflektieren“ durch „überdenken“ ersetzt wurden. Wir geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass im Pflegeberufegesetz die Evaluation als pflegerische Aufgabe in § 4 Absatz 3 Nr. 3 vorbehaltene Tätigkeiten sowie als Ausbildungsziel in § 5 Absatz 3 Nr. 1d vorgegeben ist und sowohl Anlage 2 als auch 3 diesen Begriff benennt. Es ist zu prüfen, ob die Umbenennung dieses Begriffs in der Verordnung gesetzeskonform ist.

Des Weiteren stellt sich die Frage, warum Aufgaben wie „Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards als Beitrag zur Qualitätsentwicklung“ für professionell Altenpflegende keine Relevanz haben sollten. Hier ist ein deutlicher Unterschied zum Kompetenzkatalog für die Ausbildung zur/m Pflegefachfrau /-mann oder Kinderkrankenpflege zu verzeichnen. Gerade in der Altenpflege ist die Kenntnis, Weiterentwicklung und Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien und Standards wichtig und überdies auch Kriterium der Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI.

Ebenso ist die Gestaltung des Pflegeprozesses an zentralen Stellen (z.B. bei I 2. u. I 3. sowie II.) auf das bloße Erkennen von Pflegebedarfen, das Gegenstand der Pflegehelferausbildung ist, reduziert worden.

Teilweise wurden auch Fachbegriffe bei der sprachlichen Anpassung und Vereinfachung fehlerhaft wiedergeben. Ein Beispiel hierfür ist die Ersetzung des methodischen Begriffs „Assessmentverfahren“, das Prozesse der Einschätzung, Beurteilung und Bewertung pflegefachlicher Phänomene bezeichnet, durch den technischen Begriff des „Meßverfahrens“ (I.1.c).

Im Bereich der Kommunikation (II.) wurde die „Gestaltung kurz- und langfristiger Beziehungen, ...auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen“ auf Reflexion der Möglichkeiten und Grenzen in Kommunikation und Beratung reduziert. Dies ist umso unverständlicher, da sich gerade die Langzeitpflege, auf die sich die Spezialisierung zur Altenpfleger/in richtet, durch enorme Ansprüche an die Kommunikation mit dem zu pflegenden Menschen und dessen Bezugsfeld mit oft sehr unterschiedlichen oder unklaren Zielsetzungen über häufig lange Zeiträume auszeichnet. Auch die für Führungskompetenzen und Teammanagement wesentliche Fähigkeit zur Bewältigung von Konflikten und Spannungen im Team in Kapitel III (Intra- und interprofessionelles Handeln) wurde auf Rollenreflexion und Anwendung von Wissen über erfolgreiche Teamarbeit reduziert.

Nicht zuletzt verweisen wir darauf, dass in Anlage 4 im Unterschied zu den Anlagen 2 und 3 auf die Verankerung digitaler Kompetenzen in der Führung der Pflegedokumentation verzichtet wurde. Das ist nicht hinnehmbar (I.1.f).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass in einer Ausbildung, die zwar verschiedene Spezialisierungen zulässt, die Anforderungen an die Absolventen/innen gleich zu halten sind. Diesem Anspruch genügt die Anlage 4 nicht.

### **Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen der Kompetenzkataloge**

In den jeweiligen Abschnitten „Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern“ ist der Begriff der „Förderung der Selbständigkeit“, der für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff konstitutiv ist, deutlich zu verankern. Die Abschnitte verkürzen zu stark nur auf die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung.

Auch der Aspekt des „partizipativen Aushandelns“ von pflegerischen Maßnahmen zwischen Pflegekräften und zu pflegenden Menschen kommt in den Kompetenzkatalogen zu kurz. So formuliert Abschnitt I.5 „Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten“ unter Buchstabe c) lediglich, dass die Bedürfnisse und Erwartungen von Menschen bei der Planung und Gestaltung ihrer Alltagsaktivitäten „zu berücksichtigen“ seien. Hier ist zu ergänzen, dass bei der Planung Vereinbarungen zu konkreten Aktivitäten partizipativ mit den Betroffenen auszuhandeln sind.

Bezüglich des Begriffs der Teilhabe in Buchstabe b) sollte neben der „kulturellen“ Teilhabe auch der umfassendere Begriff der „sozialen“ Teilhabe ergänzt werden. Eine teilhabeorientierte Pflege darf sich bei der Unterstützung von Alltagsaktivitäten nicht nur auf den Bereich Kultur und Freizeit begrenzen.

Im Abschnitt II. 2. „Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren“ sollte im Spiegelstrich b) auch der Aspekt der „Edukation“ ergänzt werden. Generell fällt auf, dass der Aspekt der „Selbstpflegekompetenzen“ in den Kompetenzkatalogen zu kurz kommt.

### **Entbürokratisierung der Pflegedokumentation**

Die Ergebnisse des „Strukturmodells“ der Pflegedokumentation sind im Kabinettsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf nun hinreichend abgebildet. Dies betrifft allerdings nicht die Anlage 4. Dort sind die Punkte I.1.c) („unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen) und I.1.e) („handeln die Pflegeprozessgestaltung mit den zu pflegenden Menschen aus“) entsprechend den Formulierungen in den Anlagen 2 und 3 nachzubessern.

In der Begründung zu § 1 Absatz 1 auf Seite 95 muss klargestellt werden, dass sich das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation nicht auf die Pflege alter Menschen beschränkt, sondern für pflegebedürftige Menschen aller Altersstufen geeignet ist. Des Weiteren sollte es in allen Anlagen einen Hinweis auf eine entbürokratisierte Pflegeprozessplanung geben. So sollte in den Anlagen 2 bis 4 unter I.1.f, deutlicher auf die notwendige Effizienz der Dokumentation, die im Strukturmodell entwickelt wurde, abgehoben

werden. Ergänzend sollte daher formuliert werden: „Die Auszubildenden werden befähigt, Dokumentationssysteme unter Berücksichtigung der fachlichen und rechtlichen Anforderungen auf Effektivität bewerten zu können.“

## Digitale Kompetenzen

Im Kompetenzprofil fehlt gänzlich ein Abschnitt zu den digitalen Kompetenzen. Positiv ist, dass in den Kabinettsentwurf die digitale Pflegedokumentation (I.1.f) und technische Assistenzsysteme (I.6.c) aufgenommen wurden. Des Weiteren wurden in das Kapitel „Lebenslanges Lernen“ (V.2.a) auch die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien aufgenommen. Die Digitalisierung ist ein fundamentaler Wandlungsprozess, der zahlreiche Implikationen für die künftigen Tätigkeiten der Pflegekräfte aufweist. Digitale Kompetenzen müssen daher systematisch in die Ausbildung integriert werden und daher auf den Erwerb von Kompetenzen ausgerichtet sein, die diesem Wandlungsprozess entsprechen. Die erwähnten Ergänzungen können insoweit nur Beispiele für den Kompetenzerwerb sein.

Module des Erwerbs digitaler Kompetenzen sollten aus Sicht der Verbände sein:

- Erwerb von Kenntnisse zum sachgerechten Einsatz und Umgang mit digitalen Anwendungen,
- prozessbezogenes Denken im Rahmen der digitalen Vernetzung
- der kompetente Umgang und die Einschätzung der Bedeutung von digitalen Daten (data-literacy)
- die Fähigkeit zur digitalen Kommunikation mit Patienten und Patientinnen, pflegebedürftigen Menschen und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe ebenso wie die Fähigkeit zur Übersetzung zwischen KI-basierten funktionalen Assistenzangeboten und den zu Pflegenden
- die Reflektion digital gesteuerter Pflegeprozesse in rechtlicher und ethischer Hinsicht

Die digitalen Kompetenzen sind als eigenständiger Abschnitt unter Punkt V. „Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen“ zu ergänzen.

Berlin / Freiburg, den 15. Juni 2018

Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik  
Diakonie Deutschland – Evangelischer  
Bundesverband

Eva M. Welskop-Deffaa  
Vorstand Sozial- und Fachpolitik  
Deutscher Caritasverband e.V.



Dr. Bodo de Vries  
Vorsitzender  
Deutscher Evangelischer Verband  
für Altenarbeit und Pflege e.V.

Dr. Hanno Heil  
Vorsitzender  
Verband katholischer Altenhilfe  
in Deutschland e.V.

Pfarrer Christoph Radbruch  
Vorsitzender  
Deutscher Evangelischer  
Krankenhausverband e. V.

Generalvikar Theo Paul  
Vorsitzender  
Katholischer Krankenhausverband  
Deutschlands e.V.

#### Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46, [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)

Manfred Carrier, Referent Arbeitsfeld Stationäre und teilstationäre Altenhilfe und Pflege Diakonie Deutschland, Tel. 030 65211 1671, [manfred.carrier@diakonie.de](mailto:manfred.carrier@diakonie.de)