

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

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 die Vorlage des Referentenentwurfs zu der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegerberufe (Pflegerberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) nach § 56 Abs. 1 PflBG. Die Verordnung konkretisiert die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes – PflBG, für das der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland sowie ihren Fachverbänden 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 nun vorgelegte Referentenentwurf 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 die Fachkommission, welche die Rahmenlehr- und –ausbildungspläne erarbeiten soll, eingesetzt werden kann. Nur dann ist es den Pflegeschulen und den Trägern der praktischen Ausbildung möglich, sich angesichts der notwendigen Vorlaufzeit auf die komplexen Anforderungen der neuen Pflegeausbildung angemessen vorzubereiten.

Die Pflegehelferinnen- und Assistenzausbildungen der Länder müssen nach Auffassung unserer Verbände zu einer zweijährigen generalistischen Ausbildung aufgewertet und vereinheitlicht werden. Eine Anschlussfähigkeit an die dreijährige generalistische Pflegeausbildung ist zu gewährleisten.

Der vorliegende Referentenentwurf 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 Ausbildungen und die Zwischenprüfung mit ihrer konsequenten Abkehr von den bisherigen Lernfelder- und Lerninhalteorientierung hin zur Kompetenzorientierung zeigen, dass das Pflegeberufegesetz eine qualitativ 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. Erheblichen Bedenken begegnen allerdings die Ausführungen zur Kompetenzvermittlung bei der Pflegedokumentation. Die Ergebnisse des sog. „Strukturmodells“ der entbürokratisierten Pflegedokumentation haben keinen Eingang in die Kompetenzprofile gefunden. Ebenso unzureichend berücksichtigt sind die digitalen Kompetenzen, deren systematischer Erwerb in Bezug auf die Digitalisierung der Pflege dringend erforderlich ist.

Die Stundenverteilung des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie der praktischen Ausbildung nach den Anlagen 6 und 7 ist angemessen. Sie ermöglicht die Vermittlung von ausreichend Erfahrung in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen der Akutpflege sowie der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Durch die Möglichkeit, den Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdrittel des generalistischen Ausbildungsstrangs auf die Pädiatrie oder die Langzeitpflege zu konzentrieren, wird dem Anliegen der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege Rechnung getragen.

Positiv bewertet wird auch 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.

Es ist für den Start der neuen Ausbildung außerordentlich wichtig, dass den Pflegeschulen die Empfehlungen der Fachkommission nach § 48 sofort nach Abschluss der Arbeiten zur Verfügung gestellt werden. Wir schlagen vor, dass die Fachkommission „Verlaufs- oder Zwischenberichte“ bereits während der Konzeption der Rahmenlehrpläne veröffentlicht. Aus diesen muss z.B. ersichtlich sein, in welcher Form die Rahmenrichtlinie (modulartig) aufgebaut wird. Nur auf Basis solcher und weiterer Informationen werden die Pflegeschulen in die Lage versetzt, das schulinterne Curriculum vorzubereiten.

Durch die enge zeitliche Abfolge von Zwischen- und Abschlussprüfung und die damit verbundene Notengebung entsteht den Pflegeschulen ein sehr hoher Organisationsaufwand. Die hohen bürokratischen und organisatorischen Anforderungen für die Pflegeschulen sollten auf ein angemessenes Maß reduziert werden.

Pflegeschulen benötigen zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und der neuen Pflegeausbildungen für die Curricularentwicklung und die Qualifizierung ihres Lehrpersonals sowie für den Aufbau der Kooperationsbeziehungen zu den Trägern der praktischen Ausbildung eine einmalige Anschubfinanzierung, ohne welche die Umsetzung der generalistischen Ausbildung nicht bewältigt werden kann. Daher ist unter E.2. ein entsprechender Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft zu ergänzen.

Wir weisen zudem darauf hin, dass in den Ländern eine verbindliche gesetzliche Grundlage für die Refinanzierung der Investitionskosten der Pflegeschulen zu schaffen ist.

Die Anerkennung ausländischer Abschlüsse ist so unbürokratisch wie möglich zu gestalten.

Aufgrund der überwiegend positiven Bewertung beschränken sich der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland und ihre Fachverbände in der nachfolgenden Stellungnahme auf die folgenden Anmerkungen und Anregungen zu Änderungsbedarfen, die wir zu berücksichtigen bitten.

## **B. Änderungsbedarfe:**

### **§ 3 Abs. 4 Praktische Ausbildung: Redaktioneller Hinweis:**

Zur Klarstellung sollte in Absatz 4 Satz 1 das Wort „praktische“ eingefügt werden. Der Satz lautet somit: „Die praktische Ausbildung beginnt beim Träger der praktischen Ausbildung mit einem Orientierungseinsatz.“

### **§ 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.

#### **§ 4 Abs. 2 Praxisanleitung**

Die vorliegende Formulierung lässt mehrere, gegebenenfalls missverständliche Interpretationen zu. Wir schlagen eine Formulierung mit folgenden Inhalten und Zielsetzungen vor: Die Qualifikation zum Praxisanleiter sollte eine zweijährige Berufserfahrung innerhalb von 5 Jahren voraussetzen. Die Qualifikation zur Praxisanleitung kann innerhalb dieser zwei Jahre begonnen werden. Liegt diese berufspädagogische Qualifikation vor, sollte die Praxisanleitung in allen Ausbildungsbereichen und nicht nur im jeweiligen Einsatzbereich der Berufserfahrung ausgeübt werden können.

#### **§ 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 der Pflegesituation gestalten können. Wir regen an, die Gesetzesbegründung entsprechend zu ergänzen.

#### **§ 12 Abs. 3 Zulassung zur Prüfung**

In Satz 1 ist formuliert:

„Die Zulassung zur staatlichen Prüfung kann nur erteilt werden, wenn die Durchschnittsnote des Jahreszeugnisses des letzten Ausbildungsdrittels vor der Prüfung mindestens „ausreichend“ gemäß § 8 beträgt“

Im dritten Ausbildungsjahr kann ein Jahreszeugnis bis zum Antrag auf Zulassung zur Prüfung in der Regel nicht vorgelegt werden.

Zur Lösung des Problems schlagen wir folgende Formulierung vor:

„Die Zulassung zur staatlichen Prüfung kann nur erteilt werden, wenn die Durchschnittsnoten des 1, und 2, Jahreszeugnisses sowie der Noten die bis zur Antragstellung auf Zulassung vorliegen und mindestens „ausreichend“ gemäß § 8 betragen.“

§ 6 Abs. (Jahreszeugnisse) ist für das dritte Ausbildungsjahr entsprechend anzupassen.

#### **§ 17 Praktischer Teil der Prüfung**

In § 17 Absatz 3 wird formuliert, dass die Prüfungsaufgabe „...auf Vorschlag der Pflegeschule im Einverständnis mit dem zu pflegenden Menschen und dem für den zu pflegenden Menschen verantwortlichen Fachpersonal und im Benehmen mit Fachprüferinnen und Fachprüfern und der Pflegeeinrichtungen durch die Vorsitzende oder den Prüfungsvorsitzenden bestimmt“ wird. Diese Regelung bedeutet, dass jede einzelne konkrete Prüfungsaufgabe unter Einbeziehung eines

konkreten Patienten/Patientin oder Bewohners/Bewohnerin, bei dem die Prüfung durchgeführt wird, der vorherigen Genehmigung der Vorsitzenden bedarf. Dies ist in der Praxis nicht umsetzbar, da die Patienten/Patientinnen, die sich zur Teilnahme an einer Prüfung bereiterklären häufig erst sehr kurzfristig ausgewählt werden können. Auch findet die Prüfung nicht ausschließlich in Pflegeeinrichtungen statt. Daher sollte der Genehmigungsvorbehalt des / der Vorsitzenden des Prüfungsausschusses entfallen.

### **§ 20 Rücktritt von der Prüfung**

Eine ärztliche Bescheinigung bei Prüfungsunfähigkeit ist aus unserer Sicht erforderlich. Die Verordnung sieht in Absatz 2 nur eine Kann-Regelung vor. Der Wortlaut sollte wie folgt verändert werden: „Bei Rücktritt des Prüflings von der Prüfung wegen Erkrankung ist ein ärztliches Attest vorzulegen (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), das die Prüfungsunfähigkeit attestiert.“

### **Zu § 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. Daher ist das hochschulische Qualifikationserfordernis der Praxisanleitung ersatzlos zu streichen.

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

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 lediglich 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 § 52 Absatz 1 dieser Verordnung vorgesehen, in Auftrag geben kann. Dies ist in § 57 Absatz 4 klarzustellen.

### **Kompetenzen der Zwischenprüfung nach § 7 nach 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.

## **Kompetenzkataloge nach den Anlagen 2-5**

### **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 „Eduktion“ ergänzt werden. Generell fällt auf, dass der Aspekt der „Selbstpflegekompetenzen“ in den Kompetenzkatalogen zu kurz kommt.

### **Entbürokratisierung der Pflegedokumentation unzureichend abgebildet**

Die Ergebnisse des „Strukturmodells“ der Pflegedokumentation haben sich in keiner Weise in der vorliegenden Verordnung niedergeschlagen und spiegeln damit nicht den aktuellen Diskurs in der Pflegepraxis und -wissenschaft wieder. Hier sehen wir überaus dringenden Korrekturbedarf. Ziel der entbürokratisierten Pflegedokumentation ist es, die pflegfachliche Kompetenz zu stärken statt schematisches Dokumentieren von Routinehandlungen zu unterstützen. Ebenso wird durch die Anwendung des Strukturmodells auch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befördert und somit auch der ressourcenorientierte Blick der Auszubildenden auf den zu Pflegenden geschult und unterstützt. Ein weiterer Vorteil ergibt sich in der Entlastung von unnötiger Bürokratie bei der Pflegedokumentation. Daher soll sich die Dokumentation auf die



notwendigen Angaben beschränken und im Übrigen der notwendigen Autonomie für die vielfältigen Möglichkeiten zur Ausgestaltung des Pflegeprozesses Raum geben und die Professionalität der Anwender voranbringen. Dieses Ziel wird im vorliegenden Entwurf der Kompetenzprofile in den Anlagen 1-4 nicht aufgenommen. Es muss vermieden werden, dass die Auszubildenden sich in der Dokumentation an kleinteiliger Leistungserfassung orientieren, wie das in der heutigen Ausbildung der Fall ist.

Wir gehen im Übrigen davon aus, dass die Konkretisierung der Kompetenzen für eine effektive Pflegedokumentation im Rahmenlehrplan der Fachkommission einen wichtigen Stellenwert erhält.

Einige konkrete Anmerkungen zu den Inhalten der Kompetenzorientierung im Bereich Pflegedokumentation möchten wir nachfolgend ausführen.

- Unter I.1.c) wird auf ausgewählte Assessmentverfahren zur Beschreibung des Pflegebedarfs unter Hinzuziehung von Pflegediagnosen abgestellt. Es sollte keine Pflicht zur schematischen und regelhaften Anwendung von Assessmentinstrumenten geben. Hier sollte formuliert werden, dass die Auszubildenden geeignete Assessmentverfahren unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Grenzen auswählen und sachgerecht anwenden können.
- Unter I.1.e) wird benannt, dass Pflegeziele mit dem zu pflegenden Menschen auszuhandeln sind. An dieser Stelle sollte aufgenommen werden, dass Auszubildende befähigt werden, pflegeimmanente Ziele als Zwischenschritte zur Herleitung von Maßnahmen zu nutzen und reflektieren zu können.
- Unter I.1.f) wird ausgeführt, dass Pflegedokumentationssysteme zur Evaluation selbstständig und im Pflegeteam genutzt werden. Hier sollte 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.“
- In IV.1.b) zeigen sich die Auswirkungen eines verengten Verständnisses von Pflegedokumentation, wenn die Bewertung des Beitrags der Pflegenden zur Qualitätsentwicklung und –sicherung auf die „anfallenden Dokumentationsverpflichtungen, auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht“ fokussiert werden. Diese Formulierung leistet der überkommenen Sicht von Qualität durch Dokumentation Vorschub. Hier sollte deutlich formuliert werden, dass Dokumentation in erster Linie dem Zweck der internen Qualitätssicherung dient und nicht primär auf die Anforderungen des externen Prüfgeschehens zugeschnitten sein sollte.

## Digitale Kompetenzen

Im Kompetenzprofil fehlt gänzlich ein Abschnitt zu den digitalen Kompetenzen. Die Digitalisierung ist ein fundamentaler Wandlungsprozess, der zahlreiche Implikationen für die künftigen Tätigkeiten der Pflegekräfte aufweist. Digitale Kompetenzen müssen daher systematisch in der Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung verankert werden. Module des Erwerbs digitaler Kompetenzen müssen 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 Fertigkeit zur digitalen Kommunikation mit Patienten und Patientinnen, pflegebedürftigen Menschen und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe
- 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 17. April 2018

Maria Loheide

Vorstand Sozialpolitik  
Diakonie Deutschland – Evangelischer  
Bundesverband

Eva 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

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)

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)