

# Die novellierte berufsgesetzliche Regelung der Pflege – Struktur und mögliche Wirkungen

BÄRBEL DANGEL,  
JOHANNES KORPORAL

Prof. Dr. Bärbel Dangel ist Professorin für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Dresden

Prof. Dr. Johannes Korporal ist emeritierter Hochschullehrer für Sozialmedizin an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin

Die Bundesregierung hat im Januar den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe beschlossen – es ist der differenzierteste Reformschritt in der Geschichte der Pflege-Berufsgesetzgebung. Er beinhaltet die Zusammenlegung der drei Pflegefachberufe. Impulse werden u. a. von geregelten ‚vorbehaltenen Tätigkeiten‘, der Integration der Heilkundeübertragung, der Justierung der Lehrqualifikation für die berufsfachschulische Ausbildung und der erstmaligen berufsrechtlichen Regelung eines primärqualifizierenden Hochschulstudiums der Pflege ausgehen. Neue Finanzierungsregelungen sind ein zentrales Reformelement. Es bleiben schwierige Herausforderungen, die Intentionen des Gesetzes im Prozess der Ausgestaltung, der Umsetzung und der Institutionalisierung der Pflegereform zu wahren und die Pflege weiterzuentwickeln.

Der Beschluss des Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe<sup>1</sup> der Bundesregierung vom 13.1.2016 ist der weitestgehende Reformschritt im Berufsrecht der Pflege seit dem ersten Gesetz von 1938.<sup>2</sup> Neben der Justierung und Weiterentwicklung der berufsfachschulischen Ausbildung in Übereinstimmung mit den EU-Regelungen unter Aufnahme von Elementen der Bildungsreform nach Inhalt und Form finden sich unter anderem praxiswirksame Vorschriften, eine erste Regelung der beruflichen Ausbildung der Pflege an Hochschulen und eine Neuregelung der Finanzierung der Ausbildungen. Vor allem wird die lange überfällige „allgemeine Pflege“ Gegenstand des Gesetzes. Sie entspricht damit anderen Ländern, und die unproduktive, abgrenzende und professionalisierungsaversive Trennung in unterschiedliche Pflegefachberufe wird beendet. Hierin

liegt ein wichtiges Moment, Pflegebildung und -praxis attraktiv zu gestalten.

## 1. Historische Anknüpfungspunkte

Seit Beginn des letzten Jahrhunderts hat es immer wieder Versuche gegeben, ver-

1 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflRefG). Ungezeichnetes offizielles Dokument, Januar 2016.

2 Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege vom 28. September 1938. Reichsgesetzblatt Teil I, Nr. 154 vom 30. September 1938, S. 1309 und 1310. Bis 1938 gab es keine einheitliche Regelung zur Ausbildung in der Krankenpflege. Das Krankenpflegegesetz von 1938 war bis zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2003 im wesentlichen strukturgebend über alle Novellierungen der Zwischenzeit hinweg. Dangel, Bärbel: Von der wissenschaftlichen Krankenpflege zur evidenzbasierten Pflegewissenschaft. Historische und systematische Anmerkungen zu einhundert Jahren Pflegewissenschaft. Aachen (Shaker) 2010, S. 38.

gleichbar und in Analogie zur Medizin auch die (Kranken-)Pflege durch Hochschulausbildung der Fachpersonen, eine Verwissenschaftlichung der praktischen Pflege und eine empirische Sicherung des Pflegewissens zu fundieren.<sup>3</sup> Hochinteressant und vergleichsweise wenig beachtet sind die quasi zeitgleich, aber unabhängig von einander entstandenen geschichtlichen Bestrebungen der Akademisierung von Pflege: erstens die Etablierung von Studiengängen zur Qualifikation der Leitung und „sozialer Aufgaben“ und zweitens die Entwicklung einer (ärztlich-medizinisch verorteten) wissenschaftlichen Krankenpflege vor und in einem Zeitraum,<sup>4</sup> in dem auch international Akademisierungsbestrebungen begannen.<sup>5</sup> Dies war zugleich auch die Zeit, in der in großer Breite unterschiedliche gesellschaftliche Organisationen der beruflichen Pflege entstanden.<sup>6</sup> Fragen der beruflichen Ausbildung hatten zentralen Stellenwert. Impulse, die die Pflege durch die massenhafte Inanspruchnahme ihrer Dienste im Ersten Weltkrieg erhielt, wirkten sich nur in geringem Umfang auf die weitere Verberuflichung der Pflege aus.<sup>7</sup> Eine für die Entwicklung der Hebammen, Pflege- und Gesundheitsfachberufe definitive Konfigurierung ergab sich durch das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 mit seinen Ausführungsverordnungen, die nach 1945 auch für die Entwicklung in der Bundesrepublik gestaltend waren.<sup>8</sup>

## 2. Der Weg zum Pflegeberufereformgesetz

Eine durch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und durch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) beauftragte Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat gegen Ende der letzten Legislaturperiode 2012 ein sogenanntes Eckpunktepapier vorgelegt.<sup>9</sup> Dieses Planungspapier schlägt eine berufeübergreifende einheitliche, generalistische und durchlässige Ausbildung auf berufsfachschulischer und hochschulischer Ebene vor dem Hintergrund der Novellierung der Berufearkennungsrichtlinie 2005/36/EG mit automatischer Anerkennung vor. Es legt Ausbildungziele fest, die kompetenzorientiert modular ausgestaltet und umgesetzt werden sollen. Wissen und Kompetenzen sollen auch in Eigenarbeit in der Ausbildung angeeignet werden. Sie sollen ‚gleichermaßen‘ Grundlage des Hochschulstudiums sein, das zusätzlich ein „erweitertes Ausbildungsziel

festlegt“.<sup>10</sup> Beide Qualifikationsformen sollen für „vorbehaltene Tätigkeiten“ und für bestimmte Tätigkeiten der „Ausübung der Heilkunde“ vorbereiten,<sup>11</sup> durch die der Beruf und die Praxis der Pflege weiterentwickelt, Versorgungskontinuität und

3 Der erste Versuch einer akademischen Ausbildung im Bereich Pflege 1912 an der Frauenhochschule Leipzig ist wesentlich mit Agnes Karll verbunden. Er adressierte berufserfahrene staatlich anerkannte Krankenpflegerinnen zur Qualifikation in der Leitung und für „soziale Aufgaben“ (S. 22). Elster, Ruth: Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluß auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflegeberufe und eines Berufsverbandes. Frankfurt/M. (Mabuse) 2000, S. 21-23. Sticker, Anna: Agnes Karll. Die Reformerin der deutschen Krankenpflege. Wuppertal (Aussaat) 1977, S. 219-221. Wolff, Horst-Peter: Erna von Abendroth. In: Wolff, Horst-Peter (Hg.): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Frankfurt/M. (Mabuse) 2002, S. 92-146. Bereits Clementine von Wallmenich forderte eine systematische Ausbildung der Oberinnen für die Aufgaben: „1. Leitung der Krankenpflege, 2. Leitung der Verwaltung, 3. Auswahl, Erziehung und Führung der Schwestern“ (S. 36). 1902 erhielt sie die Zustimmung, eine „Schule für leitende Schwestern“ (S. 37) der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz in München einzurichten. Schmidt-Meinecke, Sigrid: Clementine von Wallmenich. Leben und Vermächtnis einer bedeutenden Frau. München (Graphische Kunstanstalten Bruckmann) 1981. Interessanterweise stehen die beiden Orientierungen der Entwicklung (Leitung und Expertise) auch im Hintergrund der Etablierung der Pflege an Hochschulen der Bundesrepublik (West) in den frühen neunziger Jahren. Den Autoren des Beitrags ist nicht bekannt, ob dies ein bewußtes Aufgreifen der historischen Traditionen darstellte.

4 Mendelsohn, Martin: Hypurgie. In: Eulenburg, Albert (Hg.): Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. 8. Jahrgang. Berlin (Urban&Schwarzenberg) 1899, S. 162-238. In mehr als zwei Jahrzehnten war die „Wissenschaftliche Krankenpflege“ in wissenschaftlichen Zeitschriften, Hand- und Lehrbüchern durch veröffentlichte Erfahrungen, Arbeiten, Forschungsergebnisse der Medizin zugeordernter Pflege und einer Reihe ausgewiesener wissenschaftlicher Biographien dokumentiert.

5 In den USA etabliert sich die dreijährige Ausbildung. Die ersten Lehrstühle für Krankenpflege wurden eingerichtet, Diskussionen um eine Hochschulqualifikation der Pflegefachkräfte geführt. Dock, Lavina L: Geschichte der Krankenpflege. 3. Band. Berlin (Dietrich Reimer) 1913, S. 139-292. 1910 wurde ein fünfjähriger Lehrgang (zwei Jahre Studium zur Vorbereitung auf die ‚eigentliche‘ Ausbildung, zwei Jahre Ausbildung in Kliniken und ein Jahr „kombinierter allgemeiner und Spezial-Ausbildung“ (S. 189)) mit dem Abschluß eines Bachelor in Krankenpflege an der Universität Minnesota eingerichtet. Seymour, Lucy Ridgely: Geschichte der Krankenpflege. Stuttgart (Kohlhammer) 1936, S. 188-190.

6 Gründung der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.) 1903, 1904 International Council of Nurses (ICN). Zuvor hatte es bereits gewerkschaftsnahe Organisierungen gegeben, die sich 1904 zum ‚Verband der Staats- und Gemeindearbeiter‘ zusammenschlossen.

Wolff, Horst-Peter und Jutta Wolff: Geschichte der Krankenpflege. Basel (Recom) 1994, S. 204-205.

7 Zu Beginn des ersten Weltkriegs war die einjährige Ausbildung der Krankenpflege (in Preußen und einigen anderen Ländern etabliert) nicht die Regel. Vor allem die Schwesternschaften der Wohlfahrtsverbände verwehren sich gegen eine vereinheitlichte staatliche Ausbildung, so daß es wesentlich die Orientierung der B.O.K.D. war, eine ‚bessere‘ Qualifizierung der Krankenpflegerinnen zu erreichen. Die Kriegskrankenpflege lag in Händen des Roten Kreuzes und anderer Schwesternschaften, neben den ‚ausgebildeten‘ Schwestern waren viele Hilfschwester eingesetzt, die mehrheitlich aus der Mittel- und Oberschicht stammten und sich freiwillig zur Kriegskrankenpflege gemeldet hatten. Die Schwestern waren nach der Rückkehr aus dem Krieg konfrontiert mit Arbeitslosigkeit und einer wirtschaftlich schlechten Lage des Landes. Panke-Kochinke, Birgit und Monika Schaidhammer-Placke: Frontschwestern und Friedensengel. Kriegskrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Ein Quellen- und Fotoband. Frankfurt/M. (Mabuse) 2002, S. 14-17, 37 ff. Die internationale verbandliche Zusammenarbeit war durch den Krieg unterbrochen.

8 Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.7.1934. Reichsgesetzblatt Teil I, Nr. 71 vom 3.7.1934, S. 531-532, und drei Durchführungsverordnungen von 1935. Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 6.2.1935. Reichsgesetzblatt Teil I, Nr. 13 vom 11.2.1935, S. 177-180. Zweite Verordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 22.2.1935. Reichsgesetzblatt Teil I, Nr. 18 vom 23.2.1935, S. 215-219. Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Reichsministerialblatt vom 30.3.1935, S. 327-345. Die dritte Durchführungsverordnung strukturierte die Hierarchisierung der Pflege, des Hebammenwesens und der Gesundheitsberufe und stellte sie unter die ärztliche Aufsicht der durch dieses Gesetz neu begründeten öffentlichen Gesundheitsdienste. „Nach übereinstimmender Ansicht der Länderkommission zur Rechtsbereinigung gem. Art. 123 ff. GG (Nr. 1) kein Bundesrecht“, aber weiterhin Grundlage in allen Bundesländern für die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens bis zur Ablösung durch Gesundheitsdienstgesetze der Länder, die Ende der siebziger Jahre begann und sich bis in dieses Jahrhundert erstreckte. Labisch, Alfons und Florian Tennstedt: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Teil 1 und 2. Düsseldorf (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen) 1985. Das Vereinheitlichungsgesetz war grundlegend für die 1938 beschlossenen ersten Reichs-Berufegesetze der Hebammen und der Pflege. Und die Reichsärzteordnung stabilisierte die Entwicklung durch die Regelung eines universalen ärztlichen Berufsvorbehals. Reichsärztekodex vom 13.12.1935. Reichsgesetzblatt, Teil I, Nr. 137 vom 14.12.1935, S. 1433-1444; und Durchführungsverordnungen 1936-1939. Ein beabsichtigter Vorbehalt für die Pflege ist nicht realisiert worden.

9 Bund-Länder-Arbeitsgruppe: ‚Weiterentwicklung der Pflegeberufe‘: Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. Berlin/Bonn Unveröffentlichtes Arbeitspapier 1.3.2012.

10 Dasselbst, S. 27.

11 Das Eckpunktepapier präferiert für letzteres die hochschulische Qualifikation.

-sicherheit gewährleistet werden sollen. Schließlich gibt das Eckpunktepapier Hinweise zur Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung und schlägt die Klärung dieser Fragen aufgrund dreier Varianten durch Gutachten vor.<sup>12</sup>

Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung für die 18. Legislaturperiode nimmt die Reform der Pflegeausbildung auf, sieht ein ‚einheitliches Berufsbild‘ durch eine ‚gemeinsame Grundausbildung‘ mit aufbauender Spezialisierung, macht keine Aussagen zu einer hochschulischen Qualifikation und betont eine ‚einheitliche und gemeinsame‘ Ausbildungsförderung.<sup>13</sup>

Ein nächster Schritt der Befassung mit dem Pflege-Berufsrecht war ein in die Öffentlichkeit gelangter „Vorläufiger Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit“, der Gegenstand der Beratungen des Bund-Länder-Gesprächs auf Fachebene war.<sup>14</sup> Das ministerielle Papier bewegt sich im Rahmen der Kriterien des Eckpunktepapiers, und es sah in § 36 eine „Staatliche Abschlußprüfung“ für die ‚Hochschulische Pflegeausbildung‘ vor. Ergebnis des Bund-Länder-Gesprächs waren eine Reihe redaktioneller und begrifflicher Änderungen mit Ausnahme der Regelungen zur Finanzierung<sup>15</sup> und zum Staatsexamen/Abschluß des Studiums.<sup>16</sup> Der Kompromißvorschlag aufgrund des Bund-Länder-Gesprächs sah eine kombinierte studienabschließende Prüfung vor, bei der das Nähere untergesetzlich (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) und durch die Länder geregelt werden sollte. Diese Kompromißregelung ist im weiteren Verfahren nicht mehr in Frage gestellt worden.

Mit großer zeitlicher Verzögerung wurde am 27.11.2015 der Referentenentwurf vorgelegt,<sup>17</sup> zu dem innerhalb zweier Wochen gegenüber den beteiligten Ministerien schriftlich und in einer Anhörung Stellung genommen werden konnte.<sup>18</sup> Nach Einarbeitung von Ergebnissen der Stellungnahmen erfolgte am 13.1.2016 der Gesetzesbeschuß der Bundesregierung.<sup>19</sup> Auf dieser Basis sollen in dieser Arbeit Einzelheiten der Regelungen vorgestellt und erörtert werden.

### 3. Gesellschaftliche Kontroversen der Reform

Vorhersehbar war, daß ein grundlegender und gewichtiger Reformschritt kontrovers diskutiert wird und gesellschaftliche

Konflikte auslöst. Sie sind sehr zahlreich und werden in großer Breite und Schärfe vorgetragen. Fünf Schwerpunkte lassen sich ausmachen:

1. Die Zusammenführung der einzelberuflichen Ausbildungen zu einem Pflegefachberuf (Generalistik), das Infragestellen der Notwendigkeit hochschulischer beruflicher Bildung,<sup>20</sup> der Verlust von Spezifität, inhaltlicher Differenziertheit und fachlicher Qualität des Berufs und der Pflege. Es wird in Zweifel gezogen, ob die formulierten Kompetenzen eine hinreichende Basisqualifikation für die berufliche Praxis ergeben und ob sie repräsentativ für das Qualifikationsgeschehen sind.
2. Zugangsbedingungen zur beruflichen Ausbildung zu öffnen, trotz weitgehend abgesenkter Schwelken und der Festlegungen durch die EU-Richtlinie, um Interessen Auszubildender zu wahren, Ausbildungsbereitschaften zu stärken, Verringerungen der Zahl von Interessentinnen und Interessenten und Ausbildungseinrichtungen vorzubeugen.
3. Im Hinblick auf das Regelungsverfahren werden der Zeitdruck und die geringen Chancen der Beteiligung moniert und die Unsicherheiten durch das Nichtvorliegen der untergesetzlichen Ausgestaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wie auch der Gestaltung durch die Fachkommission beanstandet.
4. Hinsichtlich der praktischen Ausbildung geht es um den Verbleib im eigenen Betrieb und damit um die Ausbildungsmotivation der Betriebe, um Zahl und Pluralität der Ausbildungsbetriebe, um deren Wertschöpfungsanteil und den steigenden organisatorischen Aufwand.
5. Bezogen auf die Finanzierung der Ausbildung, die ausschließlich für die Berufsfachschulen und nicht für die hochschulische Bildung vorgesehen ist, betreffen Kontroversen eine Bundes- statt der Länderfondslösung, eine ausschließliche Finanzierung über die Sozialversicherung, die Anteile der Finanzierung zwischen den Beteiligten, die finanzielle Belastung der zu pflegenden Klientele, Disparitäten zwischen Patienten und Pflegebedürftigen oder die Nichtberücksichtigung von Investitions- oder Implementationskosten.

Den Interessen und positiven Voten der Verbände und vor allem der Organisationen der (Kranken-)Pflege stehen diejenigen ablehnend gegenüber, die die Kinderkranken- und die Altenpflege vertreten, zusammen mit Trägerverbündungen der Einrichtungen, Organisationen der

12 Prognos und WIAD (Hg.): Forschungsgutachten zur Finanzierung eines neuen Pflegeberufegesetzes. Ergebnisbericht. Bonn (Eigenverlag) 2013. Fragen der Finanzierung werden in diesem Beitrag nur am Rande erörtert.

13 Koalitionsvertrag: Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode, 17.12.2013, S. 84-85. Damit bleibt der Koalitionsvertrag weit hinter der erklärten Absicht des Eckpunktepapiers zurück.

14 Vorläufiger Arbeitsentwurf BMFSFJ/BMG – Stand Mai 2015. – Bearbeitungsstand 1.6.2015 – für das Bund-Länder-Gespräch auf Fachebene am 2./3. Juni 2015 – nicht leistungsabgestimmt/nicht ressort-abgestimmt. (Artikel 1 eines „Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe“) Gesetz über den Pflegeberuf (Pflegeberufsgesetz – PflBG). Berlin/Bonn (Unveröffentlichte Papiere) 2015. Dieser Arbeitsphase waren Bund-Länder-Gespräche im November 2014 vorausgegangen, die einen produktiven Weg der Reform wiesen (Unveröffentlichtes Protokoll).

15 U. a. Investitionskosten, differente Wertschöpfung, Trägerschaft und Anteile, landesspezifischer Regelungen.

16 Die ablehnende Einstellung der Wissenschaftsverwaltungen gegenüber einer (weiteren) staatlichen Prüfung war begleitend intensiv kommuniziert worden.

17 Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Bearbeitungsstand: 26.11.2015 18:03 Uhr). Bonn/Berlin (Mailzustellung) 2015.

18 Dem sind mehr als fünfzig Verbände und Institutionen nachgekommen.

19 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflRefG). Berlin (Unveröffentlichter Gesetzentwurf) 2016. Im Juli des Jahres soll das Gesetzgebungsverfahren abgeschlossen sein. Das Gesetz soll am 1.1.2018 in Kraft treten.

20 Neben der „normativen Kraft des Fakten“ von circa vierzig beruflich erstausbildenden pflegewissenschaftlichen Studiengängen kommen vor allem der Geltung der Empfehlungen des Wissenschaftsrats, der Ungebundenheit der Ausbildungsinstitutionen nach der EU-Richtlinie und einschlägige Regelungen des Sozialrechts, zum Beispiel der Evidenzbasierung, die Bedeutung zu, die Berechtigung hochschulischer Ausbildung zu bestätigen. Wissenschaftsrat (Hg.): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln (Eigenverlag) 2012. Eine Erfahrung von zunehmender Bedeutung ist allerdings, daß die Implementation der handlungsrelevanten Kompetenzen hochschulisch ausgebildeter Pflege gemeinsam interaktiv in und mit der Praxis umgesetzt werden muß und in diesem Zusammenhang nicht selten auf Unverständnis und Blockaden trifft. Um so größer ist die Bedeutung wechselseitiger Transfers zwischen Hochschule und Praxis.

Ärzte und der Krankenhäuser. Rechtliche Überprüfung und Begutachtung sind in Aussicht gestellt.<sup>21</sup> Von daher kennzeichnet eine knappe zeitliche Kalkulation und eine geringe Tendenz der Änderung der Regelungen das Gesetzgebungsverfahren. Letztendlich wird bei aller Berechtigung der jeweiligen Interessenvertretung deutlich, daß die abwertende Debatte um die Generalistik getragen ist von Kostenargumenten und der einrichtungsbezogenen Kalkulation von Qualifikationsprofilen vor dem Hintergrund eingeschränkter Transparenz von Kriterien der Qualität (Heimaufsicht, MDK, Betroffenenorganisationen).

## 4. Zur Struktur des Gesetzes

### 4.1 Grundlegende Einordnung

Der Gesetzentwurf steht in der Tradition berufsgesetzlicher Regelungen für die Pflege- und die Gesundheitsfachberufe. Er ist als staatlich berufszulassend über die Regelungen der berufsfachschulischen und der hochschulischen Ausbildung konzipiert, verläßt diesen Rahmen allerdings, indem eine tätigkeitschützende Regelung als Vorbehalt aufgenommen wird. Neu ist die Aufnahme knapper beruferechtlicher Regelungen für ein primärqualifizierendes Hochschulstudium. Für beide Ausbildungsformen werden Kriterien der inhaltlichen und vertraglichen Gestaltung, ausbildungsabschließenden Prüfungen, der Finanzierung, der Anerkennung, der Erbringung von Dienstleistungen, der Zuständigkeiten und Dokumentation, vor allem aber der untergesetzlichen inhaltlichen und formalen Ausgestaltung und der Evaluation, von Bußgeld- und Übergangsvorschriften geregelt.

### 4.2 Elemente der Reform

Hier soll ein begrifflicher Überblick geben werden, welche Regelungen in dem Gesetzentwurf weiterentwickelt oder neu konzipiert wurden, die im nächsten Abschnitt eingehender erläutert werden: Der tätigkeitschützende Vorbehalt ist bereits genannt worden (§ 4). Ein umfassendes berufsfachschulisches Ausbildungsziel ist durch zu erreichenden Kompetenzen des selbständigen Pflegehandelns unterlegt und um die eigenständig durchzuführenden ärztlichen Anordnungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der

Fachpersonen erweitert worden (§ 5). Die praktische Ausbildung ist hinsichtlich der pflichtgemäß ausbildenden Einrichtungen auf die zugelassenen Krankenhaus- und heimstationären Institutionen und ambulante Einrichtungen erweitert worden, Rehabilitationseinrichtungen sind nicht genannt. Pflichteinsätze werden durch einen (fachspezifischen) Vertiefungseinsatz ergänzt. Der überwiegende Teil der praktischen Ausbildung soll beim Träger der praktischen Ausbildung stattfinden (§ 7). Für die Schulleitung ist Masterqualifikationsniveau vorgeschrieben. Fachliche und pädagogische Masterqualifikation sind für die Lehrkräfte geregelt (§ 9). Die Schule trägt die Gesamtverantwortung (§ 10). Vergleichbare Ausbildungen können auf Antrag im Umfang von bis zu zwei Dritteln angerechnet werden.<sup>22</sup>

Die Heilkundeübertragung nach § 63 (3c) SGB V und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in beide Ausbildungsformen als erweiternde Kompetenzen mit eigenständigem staatlichen Prüfungsteil aufgenommen worden (§ 14). Die Bundesländer können von den Regelungen des Gesetzes modellhaft zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs abweichen, allerdings ohne Abweichung von den pädagogischen Mindestanforderungen des § 9 (§ 15).<sup>23</sup>

Für die empfehlende Erarbeitung eines zeitbegrenzten Rahmenlehr- und -ausbildungsplans des berufsfachschulischen Teils der geregelten Qualifikation und die weiteren genannten Aufgaben wird eine Fachkommission gebildet, deren Ergebnisse durch die beiden aufsichtlich zuständigen Bundesministerien genehmigt werden. Die Fachkommission besteht aus für den Bereich pflegefachlich, -pädagogisch und -wissenschaftlich ausgewiesenen und berufenen Expertinnen und Experten. Eine unterstützende Geschäftsstelle soll unter Aufsicht der beiden zuständigen Bundesministerien beim Bundesinstitut für Berufsbildung eingerichtet werden (§ 53).

Drei Paragraphen regeln die primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung. Sie weist gegenüber der berufsfachschulischen Ausbildung (§ 5) ein erweitertes Ziel aus und qualifiziert wissenschaftsfundiert fachlich und personal. Über die in § 5 genannten fachschulisch zu erreichenden Kompetenzen

werden fünf weitere Kompetenzbereiche genannt. Hochschulen können die Vermittlung zusätzlicher Kompetenzen vorsehen, die das Ziel der Ausbildung nicht gefährden dürfen (§ 37). Für die Studiendauer sind die Regelungen für Bachelorstudiengänge zugrundegelegt. Die Überprüfung der Studiengangskonzepte erfolgt im Akkreditierungsverfahren. Die

### *Die abwertende Debatte um die Generalisierung ist vor allem getragen von Kostenargumenten.*

praktische Ausbildung folgt den Regelungen für die Berufsfachschulen. In einem geringen zeitlichem Umfang kann durch die Hochschulen simulativ praktisch qualifiziert werden.<sup>24</sup> Die Hochschule trägt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Es gelten die hochschulisch geregelten Anerkennungsregelungen (§ 38). Die Hochschulabschlußprüfung beinhaltet die staatliche Prüfung zur Berufszulassung aufgrund der mit der Aufsicht vereinbarten Module. Inhalt sind die Kompetenzen, die in § 5 ausgewiesen sind und gegebenenfalls die Anforderungen der Heilkundeübertragung. Die Hochschule prüft die erweiterten Kompetenzen nach § 37. Die zu erarbeitende und in Kraft zu setzende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung regelt Rahmenvorgaben. Es gibt einen gemeinsamen oder einen an die Hochschule delegierten Prüfungsvorsitz.

Für die hochschulische Pflegebildung ist im Gesetz keine Finanzierungsregelung getroffen, auch nicht für die Begleitung der praktischen Ausbildung entsprechend dem qualifikatorischen Niveau der Ausbildung. Dies eröffnet neue Formen

21 Sachstand gemeinsame Pflegeausbildung und Auswirkungen der Gesetzesreform auf NRW. Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 20.1.2016. Düsseldorf (Unveröffentlichter Bericht) 2016.

22 Kriterien der Vergleichbarkeit sind nicht geregelt, die Anrechnungsquote ist zu hoch angesetzt.

23 Hier nach können Schulen theoretischen und praktischen „Fernunterricht“ anbieten, wobei es sich in der Regel vermutlich um „Selbststudium“ handeln dürfte.

24 Die vorgeschlagene Übernahme dieser Regelösung für die berufsfachschulische Ausbildung ist nicht aufgenommen worden.

der Sequenzierung theoretischer und praktischer Ausbildungsphasen.

Die zuständigen Bundesministerien legen aufgrund Verordnungsermächtigung Näheres über beide Ausbildungsformen, die staatlichen Prüfungen bzw. -anteile, über Kooperationsvereinbarungen der berufsfachschulischen praktischen Ausbildung, Expertise und Aufgaben der Fachkommission, Aufgaben der Geschäftsstelle nach § 53 und Aufgaben des Bundesinstituts für Berufsbildung nach § 54 und zur Finanzierung der berufsfachschulischen Ausbildung (§ 56) fest. Die Nichtanwendung des Berufsbildungsgesetzes für die sich auf das Institut beziehenden Aufgaben ist in § 90 (3a) Berufsbildungsgesetz neu geregelt.

Das Bundesinstitut für Berufsbildung berät und informiert zur Pflegeausbildung, unterstützend zu Ausbau und Struktur nach beiden Qualifikationswegen. Es unterstützt die Arbeit der Fachkommission und forscht zu Ausbildung und Beruf „nach Weisung“ der zuständigen Bundesministerien (§§ 53, 54).

Im Hinblick auf die primärqualifizierende Hochschulausbildung können bestehende Kooperationen mit Berufsfachschulen im Rahmen der ausbildungsintegrierenden Qualifikation auf Antrag bis Ende 2029 genehmigt werden, wenn der hochschulische Anteil der Lehrveranstaltungen deutlich überwiegt. Unter diesen Bedingungen können, wenn erforderlich, auch neue Ausbildungsangebote zugelassen werden (§ 62).

Die zuständigen Bundesministerien evaluieren die Wirkungen bis Ende 2022 für den Zugang der zehnjährigen allgemeinen Schulbildung zur Ausbildung und bis Ende 2027 die Wirkungen der Ergebnisse der Fachkommission und die Arbeit der bildungsbezogenen Unterstützung und berufsbezogenen Forschung des Bundesinstituts für Berufsbildung nach den genannten Regelungen (§ 63).

## 5. Einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs

### 5.1. Ausbildungsziel

In Kontinuität der bisherigen Pflege-Berufegesetze ist das ‚Ausbildungsziel‘ in zwei Absätzen zusammenfassend und umfassend definiert. Der Entwurf des Pflegeberufsgesetzes differenziert im Rahmen des Ausbildungszwecks (§ 5 PflBRefG) drei Ebenen pflegerischer Tätigkeit und nimmt die bereits in der

Vorgängerregelung<sup>25</sup> erstmalig enthaltene Dimensionierung auf:

- Selbständige Aufgaben der Pflege. Sie sind durch neun Kompetenzbereiche detailliert.
- Die eigenständige Durchführung ärztlicher angeordneter Maßnahmen, „insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation“.
- Die interdisziplinäre Tätigkeit mit dem Ziel, berufeübergreifend die Versorgung von Patienten und pflegebedürftigen Menschen zu entwickeln und umzusetzen.<sup>26</sup>

Neben inhaltlichen Änderungen weicht der Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes aber auch im Hinblick auf die Orientierung der drei Ebenen ab. Nach den Erläuterungen des Gesetzentwurfs bezeichnet ‚Selbständigkeit‘ „... insbesondere auch das Element des Tätigwerdens in eigener Verantwortung, während der Begriff der Eigenständigkeit den Fall des Tätigwerdens auf fremde (ärztliche) Anordnung erfasst“.<sup>27</sup> Weiterhin ist darauf verwiesen, daß es hier um Mindestanforderungen<sup>28</sup> geht, die umfassend, aber nicht abschließend benannt sind und bei denen die unter Punkt eins ‚selbständige Aufgaben‘ beschriebenen Tätigkeiten die Kernaufgaben darstellen.

Entsprechend verändert sich Punkt zwei: „Mitwirkung“ wird zur eigenständigen Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen. Die dritte Ebene der pflegefachlichen Tätigkeit im Pflegeberufereformgesetz ist deutlich umfassender und im Hinblick auf Wirksamkeit von Interdisziplinarität auf Versorgung und Versorgungskontinuität weitergehend formuliert. Hintergrund ist sicherlich, die im Rahmen der Novellierung der EU-Richtlinie 2005/36/EG<sup>29</sup> vorgenommene Festlegung von Kompetenzen, die im Rahmen einer Ausbildung oder eines Studiums für die Zulassung als Pflegefachkraft zu erwerben sind.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der ‚Ebenen‘ fallen folgende Aspekte auf:

- Das Pflegeberufereformgesetz nimmt zu dem die Pflege systematisierenden Pflegeprozeß mit seinen Phasen ausdrücklich ‚Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses‘ auf. Seine Phasen sind unterschiedlichen Kompetenzen zugeordnet. Das hat vermutlich damit zu tun, daß ein Teil

der Kompetenzen zur Definition des Vorbehalts verwendet wird. In diesem Zusammenhang zu eng gefaßt ist die Reduktion der Dokumentation auf pflegerische Maßnahmen. Alle Schritte des Pflegeprozesses und die Aktivitäten im Rahmen der Steuerung müssen dokumentiert werden.

- Im Rahmen der Qualitätsentwicklung wird ausdrücklich die „Analyse“ aufgenommen. Dies ist im Rahmen der Kompetenzen der EU-Richtlinie so vorgesehen.
- Prävention und Gesundheitsförderung sind als selbständiges Tätigkeitsfeld für Pflegefachkräfte aufgenommen.<sup>30</sup>

<sup>25</sup> § 3 (3) KrPflG. Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist. [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de), 29.1.16. Auch das neu geregelte Notfallsanitätergesetz von 2013 folgt dieser Gliederung und der Differenzierung eigenständiger Aufgaben. Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) vom 22.05.2013. BGBl. I S. 1348 ff.

<sup>26</sup> Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 13.1.2016, S. 11.

<sup>27</sup> Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 71. Der Gesetzentwurf verweist in der Begründung bei der Verwendung dieser Begriffe auf die Erläuterungen des DQR-Handbuchs: „Eigenständigkeit bezeichnet die Fähigkeit und das Bestreben, in unterschiedlichen Situationen angemessene Entscheidungen zu treffen und ohne fremde Hilfe zu handeln.“ „Selbständigkeit bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, eigenständig und verantwortlich zu handeln, eigenes und das Handeln anderer zu reflektieren und die eigene Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln“. Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hg.): Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten. Stand 1.8.2013, S. 43 bzw. 47. [www.dqr.de/media/content/DQR\\_Handbuch\\_01\\_08\\_2013.pdf](http://www.dqr.de/media/content/DQR_Handbuch_01_08_2013.pdf), 29.1.16.

<sup>28</sup> Die Mindestanforderungen müssen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung konkretisiert werden. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 71.

<sup>29</sup> Artikel 31 (7). Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“).

<sup>30</sup> Im Altenpflegegesetz ist „Gesundheitsvorsorge“ als Ausbildungsziel formuliert. (§ 3 (3) AltPflG. Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist. [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de), 29.1.2016. Die Aufnahme im Pflegeberufereformgesetz erweitert die Regelung des Referentenentwurfs.

■ **Rehabilitation** erhält einen höheren Stellenwert, indem sie nicht mehr wie im Altenpflegegesetz an geriatrische oder gerontopsychiatrische Rehabilitationskonzepte gebunden wird. So wird in Rechnung stellt, daß Maßnahmen pflegerischer Rehabilitation neben der medizinischen Rehabilitation bestehen und die Pflegeversicherung ausdrücklich pflegerische Rehabilitation als „aktivierende Pflege“ zur Grundlage hat.<sup>31</sup>

- Der Gesetzentwurf sieht Beratung etc. im Rahmen der Auseinandersetzung mit Krankheit und Gesundheit und bei der Erhaltung von selbständiger Lebensführung und Alltagskompetenz vor. Er übersieht die Auseinandersetzung mit beeinträchtigter Situation aufgrund von Pflegebedürftigkeit, einhergehendem Autonomieverlust und Abhängigkeit.
- Neu und in Erweiterung der Regelungen des Altenpflegegesetzes<sup>32</sup> wird Beratung etc. anderer Berufsgruppen aufgenommen. Ausdrücklich erwähnt sind ehrenamtlich Tätige und die Mit-

wirkung bei der Ausbildung, allerdings nicht der Selbsthilfe.

- Das Ergreifen von Sofortmaßnahmen oder das Handeln in Katastrophensituationen wird zu Recht von der „Mitwirkung“ zur selbständigen Tätigkeit „verschoben“. Auch hier ist eine entsprechende Kompetenz im Rahmen der EU-Richtlinie formuliert.

Regelungen weisungsunabhängig, also Kernbestand der Pflege. Für die pflegefachliche Tätigkeit stehen die selbständigen Aufgaben der Pflege im Vordergrund, nachrangig die Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen. Die Formulierung des Ausbildungsziels inte-

Tabelle 1 stellt die Differenzierungen der Ausbildungsziele im Vergleich dar:

Das formulierte Ausbildungsziel im Gesetzentwurf orientiert sich an der Struktur des Krankenpflegegesetzes. Auch wenn der Altersbezug der zu pflegenden Klientele entfallen und der Blick auf pflegebedürftige Menschen implizit aufgenommen ist, fehlt es an der ausdrücklichen Adressierung von Pflege im Kontext von Pflegebedürftigkeit. Dies aufzunehmen wäre ein wichtiger Aspekt gewesen: Pflege im Rahmen des SGB XI ist selbständige Pflege und vor dem Hintergrund der sozialrechtlichen

31 Dangel, Bärbel, Bernd Kolleck und Johannes Korporal: Rehabilitation Pflegebedürftiger – Konzept, Umsetzung, Ergebnisse. München (Elsevier) 2005.

32 Gemäß § 3 (3) AltPfLG befähigt die Ausbildung zu „Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind“. Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist. www.gesetze-im-internet.de, 29.1.2016.

33 Das Ausbildungsziel im Altenpflegegesetz ist nicht gegenübergestellt, weil es nicht entsprechend der Logik der drei Ebenen strukturiert ist.

34 § 3 (3) KrPfLG. Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist. www.gesetze-im-internet.de, 29.1.16.

35 § 5 (3) PflBRefG. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 11.

**Tabelle 1: Dimensionen pflegerischer Tätigkeit des Ausbildungsziels im Krankenpflegegesetz und dem Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes<sup>33</sup>**

KrPfLG 2003 <sup>34</sup>	PflBRefG <sup>35</sup>
<b>1. Eigenverantwortliche</b> Ausführung folgender Aufgaben Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege	<b>1. Selbstständige</b> Ausführung folgenden Aufgaben Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege
Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege	Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege
Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit	Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen
Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes	Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen
<b>2. Im Rahmen der Mitwirkung</b> auszuführen Eigenständige Durchführung ärztlich veranlaßter Maßnahmen Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen	Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen <b>2. Ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen</b> , insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation
<b>3. Interdisziplinär</b> mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.	<b>3. Interdisziplinär</b> mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.

Quelle: Eigene Darstellung aufgrund § 3 (3) KrPfLG, § 5 PflBRefG

griert dies nicht. So hätte auch die pflegerische Rehabilitation deutlich hervorgehoben werden sollen, die Auseinandersetzung mit Pflegebedürftigkeit und Beeinträchtigungen aufgenommen und mit dem Aspekt des Verlusts an Selbstbestimmung und Autonomie thematisiert und verbunden werden müssen.

## 5.2 Aufnahme der in der EU-Richtlinie formulierten Kompetenzen

Artikel 31 der EU-Richtlinie 2005/36/EG legt die Zulassungsvoraussetzungen und den Rahmen der Ausbildung fest. Die Ausbildung umfaßt demnach 4.600 Stunden theoretischer und klinisch-praktischer Ausbildung. Die theoretische Ausbildung muß davon mindestens ein Drittel (ca. 1.533 Stunden), die klinisch-praktische Ausbildung mindestens die Hälfte (2.300 Stunden) dauern. Weiterhin ist konkretisiert, daß die klinisch-praktische Qualifikation „in der

- Berufskunde, Berufsethik, allgemeine Grundsätze der Gesundheit und Krankenpflege.
- Angemessene klinische Erfahrung, erworben unter Aufsicht qualifizierter Krankenpflegepersonals und an geeigneten Orten.<sup>38</sup>
- Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsfachberufen, Zusammenarbeit.
- Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen.

Mindestkompetenzen werden formuliert, die im Rahmen von Ausbildung oder Studium zu erwerben sind. Das Pflegeberufereformgesetz greift die Mindestkompetenzen im wesentlichen auf. Es fällt aber auf, daß

- die Pflegebedarfserhebung nicht an die aktuellen theoretischen und klinisch-praktischen Erkenntnisse gebunden wird. Dies ist zwar eigentlich eine Selbstverständlichkeit, vor dem Hintergrund der eher erfahrungsbasierten Pflege in Deutschland und der Zögerlichkeit des Einbeziehens evidenzbasierter Instrumente in die alltägliche Praxis (Expertenstandards, ...) erscheint es allerdings als notwendiger Aspekt.

Ebenso ist der Umsetzungsbezug nicht aufgenommen.

- Im Hinblick auf Qualität und Qualitätssicherung differenziert die EU-Richtlinie zwischen der Bewertung der Qualität und den Konsequenzen aus dem Ergebnis.
- Umfassender formuliert ist die Tätigkeit im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem auch unter Einbeziehung der Selbsthilfe. Der Bezug ist das Individuum, die Familie (Gruppe), die Selbsthilfe und das Gemeinwesen, letztere fehlen im Pflegeberufereformgesetz.
- Eindeutig wird die Beratung, Anleitung, Unterstützung pflegebedürftiger Menschen in der EU-Richtlinie genannt.
- Im Pflegeberufereformgesetz nicht thematisiert ist die Mitwirkung bei der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen.

Tabelle 2 vergleicht die Regelungen des Pflegeberufereformgesetzes mit den Kompetenzen der EU-Richtlinie (Art. 31 (7)).

## 5.3 Regelung vorbehaltener Tätigkeiten

Mit der Aufnahme vorbehaltener Tätigkeiten der Pflege in das Ausbildungsgesetz wird erstmals für einen abgegrenzten Bereich pflegerischer Tätigkeit ein „Tätigkeitschutz“ festgelegt, der von grundlegender Bedeutung für die Versorgung und ihre Steuerung ist, der „Pflege“ in eine andere berufliche Rolle im Kontext der Komplexität pflegerisch-gesundheitlicher Versorgung plaziert und der in der Konsequenz zur Anpassung der Leistungsregelungen und ihren Folgen führen muß.<sup>39</sup> Der Gesetzgeber bewertet die in § 4 PflBRefG genannten „pflegerischen Aufgaben“ in Zusammenhang mit dem Pflegeprozeß als von besonderer Bedeutung „für die Pflegequalität und den Patientenschutz“.<sup>40</sup> § 4 (2) PflBRefG zählt die pflegerischen Aufgaben auf, die einem Vorbehalt der Pflegefachfrauen und -männer unterliegen.

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs ...
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses ... sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege ...“<sup>41</sup>

Damit greift der Gesetzgeber zwei wichtige und zutreffende Argumente auf, die von Bedeutung sind. Der „Pflegeprozess“ ist systematisches, logisch aufbauendes und in Phasen ablaufendes strukturiertes fachliches Instrument (Assessment, Planung, Durchführung, Evaluation). Er ist als essentielle Grundlage pflegerischer

36 Artikel 31 (1, 4, 5) Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“).

37 Artikel 31 (6) Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“).

38 Aufgrund der Ausstattung und ausreichenden Personals.

39 Z. B. Benennung und Abrechnung pflegerischer Leistungen in der Krankenhausversorgung.

40 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 70.

41 Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 10.

**Tabelle 2: Gegenüberstellung der Regelungen des Pflegeberufereformgesetzes und der Kompetenzen der EU-Richtlinie (Art. 31 (7))**

PflBRefG <sup>42</sup>	Kompetenzen EU-Richtlinie Art. 31 (7)
<b>1. Selbständige Ausführung folgender Aufgaben</b>	
Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege	Den Krankenpflegebedarf unter Rückgriff auf aktuelle theoretische und klinisch-praktische Kenntnisse eigenverantwortlich festzustellen und die Krankenpflege im Rahmen der Behandlung von Patienten <sup>43</sup> im Hinblick auf die Verbesserung der Berufspraxis zu planen, zu organisieren und durchzuführen
Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses	
Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen	
Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege	Die Qualität der Krankenpflege eigenverantwortlich sicherzustellen und zu bewerten  Die Pflegequalität im Hinblick auf die Verbesserung der eigenen Berufspraxis als Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, zu analysieren
Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen	Einzelpersonen, Familien und Gruppen <sup>44</sup> zu einer gesunden Lebensweise und zur Selbsthilfe zu verhelfen
Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen	Pflegebedürftige Personen und deren Bezugspersonen eigenverantwortlich zu beraten, anzuleiten und zu unterstützen
Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten	
Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen	Eigenverantwortlich lebenserhaltende Sofortmaßnahmen einzuleiten und in Krisen- und Katastrophenfällen Maßnahmen durchzuführen
Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen	
<b>2. Ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation</b>	
<b>3. Interdisziplinär</b> mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.	Effektive Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, einschließlich der Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen <sup>45</sup>  Umfassende fachliche Kommunikation und zur Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen.

Quelle: Eigene Darstellung aufgrund § 5 (3) PflBRefG, Art. 31 (7) EU-Richtlinie

Tätigkeit etabliert. Drei der vier Elemente: die systematische und kriterienbasierte Erhebung des Bedarfs (Diagnostik), die Planung der Pflege und die Evaluation sind dem Vorbehalt zugeordnet, und sie werden kompetenziell dem Ausbildungsziel untergeordnet. Weiterhin dient der Pflegeprozeß zur Steuerung (und der Organisation und Gestaltung) der pflegerischen Versorgung. Das heißt, bedarfsorientiert ist festzulegen,

- wie die Versorgung bei Patienten und Pflegebedürftigen erfolgen soll (zeitlich, organisatorisch, sequentiell, institutionell) und
- wer die Tätigkeit durchführen muß (kompetenziell, Bindung an die Qualifikation).

Die Steuerungsprozesse sind individuell bezogen auf Patienten/Pflegebedürftige zu verstehen, aber auch strukturell auf

die Steuerung pflegerischer Prozesse, zum Beispiel bei interdisziplinären Prozessen im Krankenhaus, der Entlassungsplanung oder der Tagesstrukturierung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Gegenüber dem Referentenentwurf wird der Vorbehalt ausdrücklich an die Berufszulassung als verbindliche Vorschrift für Arbeitgeber gekoppelt.<sup>46</sup>

42 § 5 (3) PflBRefG. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 11.

43 Auf der Grundlage erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten: Umfassende Kenntnisse der „Wissenschaften, auf denen die allgemeine Krankenpflege beruht“, ausreichende Kenntnisse über Organismus, Körperfunktionen, Verhalten von gesunden und kranken Menschen, Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt auf die Gesundheit (Artikel 31 (6) a); Berufskunde, Berufsethik, allgemeine Grundsätze der Gesundheit und Krankenpflege Artikel 31 (6) b); angemessene klinische Erfahrung, erworben unter Aufsicht qualifizierten Krankenpflegepersonals und an geeigneten Orten Artikel 31 (6) c).

44 Auf der Grundlage erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten: Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsfachberufen, Zusammenarbeit (Artikel 31 (6) d); Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsangehörigen Artikel 31 (6) e)).

45 Auf der Grundlage erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten: Umfassende Kenntnisse der „Wissenschaften, auf denen die allgemeine Krankenpflege beruht“, ausreichende Kenntnisse über Organismus, Körperfunktionen, Verhalten von gesunden und kranken Menschen, Einflüsse der physischen und sozialen Umwelt auf die Gesundheit (Artikel 31 (6) a); Berufskunde, Berufsethik, allgemeine Grundsätze der Gesundheit und Krankenpflege Artikel 31 (6) b); angemessene klinische Erfahrung, erworben unter Aufsicht qualifizierten Krankenpflegepersonals und an geeigneten Orten Artikel 31 (6) c).

46 Durch diese methodisch-prozessuale Justierung des Vorbehalts hat er gegenüber den Vorstellungen im Eckpunktepapier gewonnen, in dem er auf konkrete Handlungen (Pflegeberatung, Feststellung von Pflegebedürftigkeit) und auf die Funktion (verantwortliche Pflegefachkraft) bezogen wurde. Dieses Mißverständnis prägte auch die verbandlichen Stellungnahmen der Anhörung. Ein Vorbehalt sollte sinnvollerweise auf Kompetenzen oder den Beruf orientiert sein.

Die „Hervorhebung“ durch eine Belegung von Tätigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses und der Steuerung pflegerischer Versorgung wertet die pflegerische Tätigkeit auf, und weist auf die verbundene Verantwortung hin. Strukturell ist dies Chance und Möglichkeit, die Selbständigkeit des Pflegefachberufs hervorzuheben. Sie entspricht den politischen Forderungen, Pflege kompetenziell zu stärken.<sup>47</sup> Wenn dies gelingt, handelt es sich um einen Beitrag zur Sicherheit von Patienten und Pflegebedürftigen.

Allerdings ist der unter § 4 (1) Pflegeberufereformgesetz gewählte Begriff der „pflegerischen Aufgaben“ nicht sinnvoll, da es um Tätigkeiten geht und nicht um einzelne Aufgaben, die übertragen werden. § 4 PflBRefG bezeichnet „Vorbehaltene Tätigkeiten“. Entsprechend sollte dieser Begriff im folgenden geführt werden, „da ein Rückbezug auf den eigenen ‚Beruf‘ gemeint, also der eigenen Disziplin immanent ist und nicht etwa eine ggf. externe Aufgabenstellung zugrundeliegt“.<sup>48</sup> Die Aufnahme von § 4 (3) PflBRefG verdeutlicht, daß Nicht-Pflegefachkräften von Arbeitgebern der Pflegefachkraft vorbehaltende Aufgaben weder übertragen noch die Durchführung der Tätigkeiten geduldet werden darf. Dies unterstreicht die Bedeutung der Vorbehaltungsregelung.<sup>49</sup>

## 5.4 Übertragung heilkundlicher Tätigkeit

Die seit 2012 in Kraft getretene Richtlinie zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachberufe gemäß § 63 (3c) SGB V<sup>50</sup> ist als ‚neue‘ Tätigkeit in das Pflegeberufereformgesetz aufgenommen worden (§ 14 PflBerG). Vor dem Hintergrund der bislang nicht realisierten Umsetzung der intendierten Modellversuche zur Erprobung scheint der Gesetzgeber diesen Prozeß nunmehr ‚retten‘ und beschleunigen zu wollen. Zu diesem Zweck wird neben dem gesetzlich geregelten präformierten Weg, der Modellvorhaben zur Erprobung vorschreibt, die in Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen zwischen den Beteiligten zu vereinbaren und aufsichtlich zu genehmigen sind, die Möglichkeit eingeräumt,<sup>51</sup> Vorhaben der Übertragung von Heilkunde aufgrund von standardisierten Modulen, die durch die einzusetzende Fachkommission (§ 53 PflBRefG) entwickelt und durch die zuständigen Ministerien gemeinsam genehmigt wurden, beantragt werden können.<sup>52</sup> Die

Regelung der Heilkundeübertragung ist in beide Ausbildungsformen integriert und wird mit einer staatlichen Prüfung der erweiterten Kompetenzen abgeschlossen. Das Eckpunktepapier und die Voten der wissenschaftlichen Verbände hatten sich für eine hochschulische Qualifikation ausgesprochen.

Eine ‚Umverteilung‘ von Tätigkeiten im Gesundheitswesen ist ein notwendiger Schritt, um die Versorgung, die zunehmend von chronisch und langzeitlich dezentral zu versorgenden Menschen geprägt ist, gewährleisten zu können. Die durch den Gesetzgeber 2008 beabsichtigte selbständige Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachkräfte<sup>53</sup> ist aufgrund der schwierigen Aushandlungsprozesse der Beteiligten mit der Richtlinie nicht gelungen. Statt einer Substitution ärztlicher Tätigkeiten ist eine bereichspezifische vertiefte Delegation das Ergebnis (Übertragung aufgrund ärztlicher Diagnose und Indikation). Zwei weitere grundlegende Probleme kennzeichnen die ‚Richtlinie‘:

- Strukturell soll die Übertragung im Hinblick auf fünf Diagnosengruppen und 40 Prozeduren geschehen. Die Prozeduren sind samst und sonders als den Arzt entlastende Tätigkeiten zu charakterisieren. Insofern ist hier nicht Versorgungskontinuität und Patientensicherheit handlungsleitend gewesen.
- Inhaltlich werden Maßnahmen, die nicht übertragbar sind, übertragen. Pflegefachliche Tätigkeiten werden durch die Richtlinie unter Arztvorbehalt gestellt. Inhalte der dreijährigen berufsfachschulischen und der hochschulischen Ausbildung sind im Hinblick auf eine Reihe neu oder vertiefend zu erwerbende Kompetenzen redundant. Die Qualifikationsanforderungen zwischen beruflich erster und vertiefender Qualifikation sind nicht disjunkt. Die Richtlinie ‚legalisiert‘ zudem Maßnahmen, die bereits alltäglich von Pflegefachkräften durchgeführt werden.

Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten kann im Rahmen der Versorgung, ihrer Kontinuität und Sicherstellung nur wirken, wenn es tatsächlich um die selbständige Ausübung von Heilkunde geht. Vor diesem Hintergrund ist eine grundlegende Überarbeitung der Richtlinie nach § 63 (3c) SGB V erforderlich mit dem Ziel, die Prozeduren fachlich-inhaltlich zu justieren und

im Hinblick auf die fünf Diagnosengruppen Instrumente und Schnittstellen zu definieren, die im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit erforderlich sind. In einem weiteren Schritt erscheint die Überlegung erforderlich, inwiefern es vor dem Hintergrund von erforderlichen Kompetenzen (Entscheidungsfindung, Problemlösung, Reflexion) sinnvoll ist, die Übertragung von Tätigkeiten zur selbständigen Durchführung von Heilkunde an eine akademische pflegefachliche Qualifikation zu binden: also eine Differenzierung der zu übertragenen Tätigkeiten nach den erforderlichen Kompetenzen.

## 5.5 Hochschulische Qualifikation

Pflegerische Erstausbildung an Hochschulen wird mit der Novellierung des Berufegesetzes als alternative Möglichkeit des Erwerbs der beruflichen Zulassung

<sup>47</sup> So wird der Pflegebeauftragte der Bundesregierung Laumann am 26.1.2016 in [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/article/903612/laumann-pflegekraefte-sollen-bestimmtheitsmittel-verordnen-dueren.html?sh=8&h=237216106](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/903612/laumann-pflegekraefte-sollen-bestimmtheitsmittel-verordnen-dueren.html?sh=8&h=237216106)

<sup>48</sup> § 4 PflBRefG. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 10. Stellungnahme der Dekankonferenz Pflegewissenschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe des Bundesministeriums für Gesundheit und des (Bundes-, d. A.) Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dezember 2015, S. 2, 3.

<sup>49</sup> § 4 (3) PflBRefG. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 10.

<sup>50</sup> Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V Stand: 20. Oktober 2011 des Gemeinsamen Bundesausschusses 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) in der Fassung vom 20. Oktober 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1 128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1 228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012.

<sup>51</sup> Festzulegen sind: Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung und Bedingungen der Teilnahme von Versicherten (§ 63 (5) SGB V). Krankenkassen und ihre Verbände können mit zugelassenen Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben schließen (§ 64 (1) SGB V). Ist die ärztliche Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen, können die Verträge nur „mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen“ geschlossen werden. (§ 64 (1) SGB V).

<sup>52</sup> § 14 (4) PflBRefG. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 15.

<sup>53</sup> Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 20 vom 30.5.2008.

als Pflegefachkraft aufgenommen.<sup>54</sup> Damit schließt sich eine qualifikatorische und kompetenzielle Lücke zwischen in Deutschland und europäisch, beziehungsweise international ausgebildeten Pflegefachkräften.

Der Gesetzentwurf folgt den 2012 vorlegten „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ des Wissenschaftsrats.<sup>55</sup> Demnach sollen zehn bis zwanzig Prozent eines jeden Ausbildungsjahrgangs primär akademisch qualifiziert werden.

Die Festlegung des Pflegeberufsge setzes auf primärqualifizierende Studiengänge als Form der hochschulischen Qualifikation ist ein richtiger und konsequenter Schritt, um die akademische Qualifikation unmittelbar in der pflege fachlichen Versorgung wirksam werden zu lassen. Primärqualifizierung zeichnet sich dadurch aus, daß theoretische und fachpraktische Ausbildung an der Hochschule und die praktische Ausbildung in Einrichtungen der Versorgung curricular als Hochschulstudium geregelt sind. Die Hochschule hat die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Berufsfachschulen sind nicht beteiligt.

### 5.5.1 Formen

Gegenwärtig finden sich drei unter schiedliche Formen hochschulischer Erstausbildung.

- Primärqualifizierende Studiengänge liegen bislang nur ausnahmsweise vor.
- Ausbildungsintegrierte Studiengänge: Die Ausbildung findet an drei Lernorten in konzeptueller Abstimmung statt: Hochschule, Berufsfachschule, Praxiseinrichtungen. Die theoretische Lehre wird in unterschiedlichen Anteilen und abgestimmt von Hochschule und/oder Berufsfachschule übernom men. Hier liegt eine große Spannbreite überwiegender berufsfachschulischer bis zu mehrheitlicher Hochschullehre vor.
- Ausbildungsbegleitende Studiengänge: Die geregelte Ausbildung findet an der Berufsfachschule ausschließlich nach den Regelungen des Berufsgesetzes statt. Zusätzlich nehmen Auszubildende ergänzende Lehrangebote an der Hochschule wahr, die mittels Kooperationsvertrags mit der Berufsfachschule verbunden ist. Nach Abschluß der beruflichen Ausbildung

und der staatlichen Prüfung folgen ein bis zwei Jahre Vollzeitstudium (das trifft auch auf ausbildungsintegrierte Studiengänge zu).

Die Verantwortung für die praktischen Ausbildungsphasen und meist auch für die staatlichen Prüfungen liegen bei den beiden letztgenannten Formen bei den Berufsfachschulen. Beide Formen sind dadurch gekennzeichnet, daß

- die Lehrenden mit unterschiedlichen Rollen konfrontiert sind: mit Auszubildenden/Schüler/innen, Stu dierenden und Arbeitnehmern. Mit jeder Rolle sind andere Erwartungen und Rahmenbedingungen von Studium und Praxis verbunden und
- die Ebenen der Qualifikation und mit ihr verbundene Kompetenzen deutlich different und (mindestens) teils unver bunden sind. Nicht selten wird dies zu Lasten der Wissenschaftsfundierung und der instrumentellen Qualifikation gehen.

Das novellierte Berufsgesetz sieht aus bildungsbegleitende Studiengänge als berufsfachschulische Ausbildung und definiert für bestehende kooperative Modelle Übergangsfristen, allerdings bis Ende 2029. Damit unterläuft der Gesetzentwurf die Intention des Gesetzes. Einschränkend ist jedoch festgelegt, daß der hochschulische Anteil der Lehre gegenüber der berufsfachschulischen überwiegen muß.<sup>56</sup>

### 5.5.2 Ausbildungsziel

Die hochschulische Ausbildung befähigt zur unmittelbaren pflegerischen Versor gung in den verschiedenen Pflegesettings. Über die in § 5 formulierte Zielsetzung der Ausbildung hinaus benennt der Ge setzgeber für die hochschulisch auszubilden den Pflegefachkräfte ein erweitertes Ausbildungsziel, das wie folgt befähigen soll:

- „1. zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Ent scheidungen,
2. vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesell schaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des

normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,

3. sich Forschungsgebiete der profes sionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Han deln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiter bildungsbedarfe zu erkennen,
4. sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinander setzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Ver besserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und im plementieren zu können und
5. an der Entwicklung von Qualitätsma nagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken“.<sup>57</sup>

Einige Aspekte sind bei diesem Kon strukt problematisch:

1. Im Hinblick auf die nach den EU Richtlinien unabhängig vom Ort der Ausbildung zu erwerbenden Kom petenzen ist die Definition eines erwei terten Ausbildungziels für hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte nicht unproblematisch. Wenn dem so ist, kann es nur um eine erweiterte Wissenschaftsfundierung gehen.
2. Eine Ausrichtung auf hochkomplexe Pflegeprozesse kann eigentlich nicht Gegenstand einer beruflichen Erstausbildung, allenfalls einer konsekutiven fachlichen Vertiefung sein.<sup>58</sup> Es besteht Definitions- oder begrifflicher Änderungsbedarf.

<sup>54</sup> Bisherige Studiengänge basieren auf einer in das Kranken- und Altenpflegegesetz seit 2003 aufgenommen Regelung, die jeweils eine modellhafte Erprobung von Ausbildungsan geboten zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe vorsieht (§§ 4 (6) AltpfLG und KrfpLG).

<sup>55</sup> Wissenschaftsrat (Hg.): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln (Eigenverlag) 2012.

<sup>56</sup> § 62 PfIBRefG. Gesetzentwurf der Bundesre gierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 41

<sup>57</sup> § 37 (3) PfIBRefG. Gesetzentwurf der Bun desregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 26, 27.

<sup>58</sup> Auch das Medizinstudium orientiert auf allgemeinärztliche Qualifikation als Ergebnis des Studiums und nicht etwa auf fachärzliche Spezifik.

3. Einige erweiterte Teilziele sind teils heterogen, teils für ein Bachelorstudium überzogen formuliert.<sup>59</sup>
4. Die Ziele sind auch mehrdimensional festgelegt. Hier soll zusammengefaßt auf die im Rahmen der Stellungnahme der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft dargelegten Kompetenzen verwiesen werden:<sup>60</sup>

- Wissenschaftsfundierung des Pflegeprozesses: zur theoretischen Begründung seiner Begriffe Instrumente, Phasen, Abläufe und Probleme
- Steuerung und Gestaltung von **komplexen** Prozessen der pflegerischen Versorgung auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage, in handlungslogischer Abfolge und wissenschaftsgestützten Entscheidungsprozessen
- Vertieftes und systematisches 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
- Erschließen, Aneignen von gesicherten und neuen Forschungsergebnissen, Beurteilung ihrer Relevanz. Auswertung im Hinblick auf handlungsrelevante Themen, Problemlösungen durch entwicklungs- und forschungsgestützte Verfahren fördern oder herbeiführen. Einbeziehung neuer Instrumente oder Technologien in das berufliche Handeln, Ermittlung der hieraus folgenden Fort- und Weiterbildungsbedarfe
- Analytische und kritisch-reflexive Auseinandersetzung mit vorhandenem theoretischem und praktischem Wissen, Erkennen und Einbeziehen struktureller und verfahrensmäßiger Zusammenhänge, 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
- Grundlagen der Qualität und ihrer internen und externen Sicherung begrifflich, instrumentell, normativ und ver-

- fahrensmäßig kennen, Probleme ihrer Implementation und Entwicklung kennengelernt und sich mit Vereinbarungen zu ihrer Sicherung und den Wirkungen auseinandergesetzt zu haben
- Selbständige Ausübung übertragener heilkundlich-diagnostischer Prozesse.

Die im Teilziel fünf genannte Entwicklung von Expertenstandards, Leitlinien und Qualitätsmanagementkonzepten ist an Expertise gebunden, über die Absolvent/innen eines primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs regelhaft nicht verfügen.<sup>61</sup>

Hinsichtlich der Umsetzung des Studiums werden wenige Eckpunkte formuliert. Das Studium muß mindestens drei Jahre dauern, die theoretische und praktische Ausbildung umfassen, über ein modularisiertes Curriculum verfügen und Praxiseinsätze beinhalten. Konkretisierend ist festgelegt, daß es Pflicht- und einen Vertiefungs- und weitere Einsätze geben soll. Die Praxiseinsätze werden von den Einrichtungen mit Praxisanleitung begleitet und von der Hochschule unterstützt durch Praxisbegleitungen auf Niveau der Qualifikation. Letzteres bedarf der Einführung.<sup>62</sup>

Der Anteil der praktischen Ausbildung kann mit Genehmigung des Landes um einen geringen Anteil für praktisches Lernen an der Hochschule (simulative Ausbildung, Übungen in Skills Labs) reduziert werden. Vermutlich ist hier von zweihundert Stunden die Rede, aufgrund der EU-Richtlinie sind mindestens 2.300 Stunden praktische Ausbildung zu absolvieren.<sup>63</sup>

Im Hinblick auf den Abschluß des Studiums und die staatliche Prüfung zur Erlangung der staatlichen Berufszulassung überprüft die Hochschule das Erreichen der Ausbildungsziele. Bezogen wird diese Aussage mindestens primär auf die Ziele und Kompetenzen der berufsfachschulischen Regelung (§ 5). Offen ist die Ausrichtung auf die Wissenschaftsfundierung. Unklar ist der Bezug der erweiterten Ziele. Sinnvoll ist ihre Einbeziehung in die Berufszulassung, die Regelung bringt einen (ausschließlichen?) Bezug zur Hochschulprüfung zum Ausdruck. Der hochschulspezifische Prüfungsanteil sollte jedoch die wissenschaftliche Bearbeitung einer relevanten Fragestellung beinhalten. Die Module, die Gegenstand der Prüfung sind, die also für die staatlichen Prüfungsanteile ausgewählt wurden, werden von der Hochschule im Konsens mit der aufsichtlichen Landesbehörde festgelegt.

Den Vorsitz der studienabschließenden Prüfung führen gemeinsam Hochschule und Landesbehörde.<sup>64</sup> Die getroffene Lösung für das Problem der staatlichen Prüfung erscheint als produktive und gut realisierbare Lösung.

## 6. Schlussfolgerung und Ausblick

Aus der einleitenden Würdigung des Gesetzesentwurfs als größter und substantiellster Reform seit dem ersten Pflege-Berufsgesetz kann man auf breite Zustimmung der fachlichen und wissenschaftlichen Öffentlichkeit und große Anerkennung für die gesetzgeberische Arbeit bisher schließen. Allerdings bleiben überaus schwierige Aufgaben, die Intentionen des Gesetzes im Prozeß der Ausgestaltung, der Umsetzung und der Institutionalisierung der Pflegereform zu wahren, die Pflege weiterzuentwickeln. Auf ihrer Basis kann der Primärqualifikation eine „Primärpraxis“ mit Zugang zu den Regelungsgrundlagen und Ressourcen des Handelns folgen. Dies ist Voraussetzung für eine nachholende Entwicklung bis zu internationaler Äquivalenz in Kompetenzen, gesellschaftlicher Organisation, Institutionalisierung, horizontaler Partizipation und Kooperation in äquivalenter und gesicherter fachspezifischer Versorgung.

59 Forschungsgestützte Problemlösungen und neue Technologien auf das berufliche Handeln zu übertragen kann nicht kompetenzielles Ziel eines Bachelorstudiums sein, sondern methodisch-instrumentelle Grundlagenausbildung. Ebenso nicht die Mitarbeit an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, sondern eine grundlegende Qualifikation im Hinblick auf Qualität von Diensten und Leistungen und ihre Sicherung.

60 Stellungnahme der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe des Bundesministeriums für Gesundheit und des (Bundes-)Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin (Unveröffentlichte Stellungnahme) 9.12.2015, S. 12-13.

61 Leitlinien sind das ärztliche Äquivalent von Expertenstandards, und gehören mit der Ausnahme von interdisziplinären Versorgungsleitlinien in den begrifflichen Bestand der Medizin.

62 § 38 (3) PflBRefG. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 27.

63 § 38 (3) PflBRefG. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf ..., a.a.O., S. 27.

64 Irreführend ist hier der Bezug auf Modulprüfungen (allgemein) formuliert. Modulprüfungen sind regelhaft studienbegleitende Prüfungen neben der (auch als Modul formatierten) Studienabschlußprüfung, sogenanntes Bachelormodul.