

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur angemessenen Einordnung der Pflegeberufe in den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)-Niveau 5

Die Empfehlungen (DV 22/16) wurden vom Präsidialausschuss des Deutschen Vereins am 13. März 2018 verabschiedet.



Inhalt

Vorbemerkung	3
Die Rolle der Europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG bzw. 2015/55/EU	4
Einordnung der Pflege in den DQR	5
Ausbildungsziele nach § 5 PfIBG im Verhältnis zu den DQR-Deskriptoren	6

Die Entscheidungen für Zuordnungen in den Deutschen Qualifikationsrahmen sollten verstärkt an Kompetenzen ausgerichtet werden.

Daher empfiehlt der Deutsche Verein der Bund-Länder-Koordinierungsstelle (BLKS), dem Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR), der Kultusministerkonferenz (KMK) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), bei der Einordnung der Pflegeberufe in den DQR die Einwände aus Fachöffentlichkeit und Politik (AG Gesundheitsberufe des AK DQR¹, BAGFW, Gesundheitsministerkonferenz, Deutscher Pflegerat) gegenüber der Einordnung auf Niveau 4 zu berücksichtigen. Eine kompetenzorientierte Betrachtung der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann² ergibt eine Zuordnung dieser Berufe mindestens zum DQR-Kompetenzniveau 5. Dies ist nicht nur eine semantische Frage (der Kompetenzbenennungen), sondern zeigt sich auch im tatsächlichen aktuellen Anforderungsniveau, das sich auch aufgrund des rasanten medizinischen und wissenschaftlichen Fortschritts weiterhin permanent erhöht.

Zudem erfordert die gesetzliche Neuregelung der Pflegeberufe durch das Pflegeberufegesetz eine Überprüfung der Zuordnungen.

Vorbemerkung

Seit einigen Jahren versucht die Europäische Union die Transparenz in den Bildungssystemen der Mitgliedstaaten zu erhöhen, um damit die Entstehung eines Europäischen Arbeits- und (Aus-)Bildungsmarktes voranzubringen. Der Vertrag von Maastricht, der „Bologna-Prozess“ für die Hochschulen sowie der „Kopenhagen-Prozess“ für die berufliche Bildung sollen die Vereinheitlichung des Europäischen Bildungsraumes voranbringen. Mittel hierzu soll die Feststellung vorliegender beruflich verwertbarer Kompetenzen³ sein, die eine allgemeine Anerkennung in den EU-Mitgliedstaaten erhalten sollen.

Definiert wurden Kompetenzen durch das Europäische Parlament und den Europäischen Rat im „Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“ (EQR).

In Umsetzung dieser Regelung in Deutschland trat im Mai 2013 der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) mit der Unterzeichnung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sowie der Ständigen Konferenzen der Kultusminister (KMK) und der Wirtschaftsminister (WiMK) in Kraft.

Akademisch erworbene Qualifikationen wurden pauschal den Niveaus 6, 7 und 8 zugeordnet, ohne dass hinterfragt wurde, welche speziellen Kompetenzen zu dieser Einordnung führten.⁴

Ihr Ansprechpartner
im Deutschen Verein:
Dr. Eberhard Funk.

1 Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Gesundheit zur zweiten Erarbeitungsphase des Deutschen Qualifikationsrahmens, Stand: 29. Juni 2011, S. 15–16.

2 Der Qualifikation entsprechen auch die Qualifikationen Altenpfleger/innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen.

3 Für die Begriffe Kompetenz, „competences“ bzw. „competencies“ bestehen unterschiedliche Definitionen. Dieses Papier geht von den Kompetenzbeschreibungen des DQR-Glossars aus.

4 Hierdurch wurde in allen Ländern, in denen Pflegeausbildung/Pflegewissenschaft in Hochschulstudien erfolgt (in fast allen EU-Staaten und darüber hinaus) dem EQR-Niveau 6 zugeordnet.



In den Bereichen der beruflichen und der allgemeinen Bildung wurden vom AK DQR Grundlagen für die Zuordnung der Qualifikationen zu Kompetenzniveaus⁵ festgelegt. Der DQR war Ergebnis wissenschaftlicher und (aus-)bildungspolitischer Debatten. Fortbestehende Differenzen wurden in einem Spitzengespräch zwischen Kultusministerkonferenz, Wirtschaftsministerkonferenz, den Bundesministerien für Wirtschaft und für Bildung und Forschung, sowie den Sozialpartnern Ende Januar 2012 politisch entschieden: So wurden drei- und dreieinhalbjährige Ausbildungen pauschal dem Niveau 4 zugeordnet. Vorgegangen wurde hierbei – entgegen dem Anspruch des DQR – nicht kompetenzorientiert, sondern input-orientiert. Diese nicht kompetenzorientierte Festlegung war zwar ein Schritt, um grundlegende Differenzen zu überwinden, droht aber jetzt zu einem Hemmschuh der Entwicklung zu werden. Allerdings wurde im Spitzengespräch vom 30. Januar 2012 auch verabredet, dass ab 2017 alle Einordnungen im DQR überprüft/validiert werden sollten.

Die Rolle der Europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG bzw. 2013/55/EU

Die Europäische Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG regelt in Verbindung mit der Richtlinie 2006/100/EG die berufliche Anerkennung im Bereich der regulierten Berufe innerhalb der Europäischen Union. Für die wechselseitige gleichwertige Anerkennung der Gesundheitsfachberufe in Europa enthält die Richtlinie 2005/36/EG fünf Qualifikationsniveaus, denen sich jeder Gesundheitsberuf zuordnen lässt: Da sich die Berufsanerkenntnisrichtlinie im Wesentlichen auf die Dauer von Ausbildungen bzw. von Berufspraxis bezieht, lässt sich dieses Anerkennungs- und Berechtigungssystem nicht einfach mit dem EQR und dem DQR verbinden oder auf diese übertragen.⁶

Nach der Novellierung der EU Richtlinie 2005/36/EG, jetzt 2013/55/EU im Jahr 2013, setzt die Zulassung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger den erfolgreichen Abschluss einer 12-jährigen allgemeinen Schulbildung, eine Hochschulzugangsberechtigung oder den erfolgreichen Abschluss einer 10-jährigen allgemeinen Schulausbildung voraus, der zum Besuch von Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege oder zur Teilnahme an Berufsausbildungsgängen für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt.⁷ Sie sieht eine Ausbildung an Universitäten, an Hochschulen mit anerkannt gleichwertigem Niveau oder Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege oder in Berufsausbildungsgängen für Gesundheits- und Krankenpflege vor. Damit werden die Qualifikationen der Kran-

5 Allerdings bestehen auch Befürchtungen gerade in Deutschland, dass mit der Definition relativ breit definierter Kompetenzen anstelle fest definierter Ausbildungsbestandteile und -abläufe Dequalifizierungsprozesse in der beruflichen Bildung eingeleitet und verstärkt werden könnten.

6 In der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in Europa wurde ein System der gegenseitigen Anerkennung festgelegt, das ursprünglich auf 15 Richtlinien beruhte. In ihr sind die automatische Anerkennung einer begrenzten Zahl von Berufen (darunter der Krankenpflege) auf der Grundlage harmonisierter Mindestanforderungen an die Berufsausbildung (in Einzelrichtlinien geregelte sog. sektorale Berufe), ein allgemeines System zur Anerkennung von Ausbildungsnachweisen und eine automatische Anerkennung von Berufserfahrung vorgesehen.

7 Art. 31, Abs. 1 (1)a, EU-Richtlinie 2013/55/EU.



kenpflege weitgehend unabhängig von der Bildungsinstitution als gleichwertig anerkannt.⁸

Einordnung der Pflege in den DQR

Während in fast allen EU-Staaten die (dort hochschulisch organisierte) Krankenpflegeausbildung auf Niveau 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) verortet ist, wurde die Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland als dreijährige Ausbildung dem Niveau 4 des DQR (und damit referenziell auch des EQR) zugeordnet. Entsprechend wurden auch die Qualifikationen der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen und Altenpfleger/innen dem Niveau 4 zugeordnet. Diese Einordnung berücksichtigt in keiner Weise die zur qualitätsgesicherten Ausübung des Berufs notwendigen Kompetenzen. Die Einordnung der Qualifikation entspricht nicht der hohen Selbstständigkeit und Verantwortung, die – bei komplexer Anforderungsstruktur – von den Fachkräften zu leisten ist. Sie entspricht auch nicht den Anforderungen in den Berufsbildern.

Das DQR-Handbuch definiert das Kompetenzniveau 5 folgendermaßen: „... über Kompetenzen zur selbstständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflicher Tätigkeit verfügen.“

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) wird der Nachweis einer sachgerechten Einstufung nach DQR exemplarisch geführt. Nach § 4 Abs. 2 PflBG umfassen die der Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten:

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,

Die vorbehaltenen Tätigkeiten müssen von jeder Pflegefachfrau und jedem Pflegefachmann, jede/r Altenpfleger/in und jede/r Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in selbstständig ausgeführt werden. Da es sich um den individuellen Pflegebedarf und die Steuerung des Pflegeprozesses eines Individuums handelt, kann von einer umfassenden fachlichen Aufgabe ausgegangen werden, da Regelwissen an die Bedürfnisse des Einzelnen angepasst und Spezialwissen angewandt werden muss. Sowohl der Fortschritt in der Medizin als auch das ständig anwachsende Wissen in der Pflegewissenschaft verändern das Tätigkeitsfeld in hohem Maß in relativ kurzen Zeiträumen und führen zu einem zunehmend komplexen Handlungsfeld.

Allein die vorbehaltenen Tätigkeiten der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege machen deutlich, wie anspruchsvoll, komplex und umfassend das berufliche Tätigkeitfeld in der Pflege ist.

⁸ Die Qualifikation der Altenpflege unterliegt bisher nicht der Europäischen Richtlinie über Berufsqualifikationen – sie müsste ihren Regelungen aber entsprechen, soll der generalistisch und generalistisch-integriert ausgebildete Beruf weiterhin mit der Europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie kompatibel sein. Im Rahmen einer generalistischen Ausbildung würden Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege automatisch als gleichwertig anerkannt werden. Als gesonderte Qualifikationen müssten sie eine entsprechende Gleichwertigkeitsprüfung durchlaufen.

Die einzelnen Ausbildungsziele (Kompetenzen) der Pflegeausbildung, wie sie in § 5 PflBG beschrieben werden, entsprechen den DQR-Deskriptoren wie folgt:⁹

Wissen 1	Fertigkeiten 2	Sozialkompetenz 3	Selbstständigkeit 4
<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 integriertes Fachwissen • 1.2 integriertes berufliches Wissen • 1.3 vertieftes fachtheoretisches Wissen • 1.4 Umfang und Grenzen des beruflichen Tätigkeitsfeldes kennen 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.1 sehr breites Spektrum spezialisierter kognitiver und praktischer Fertigkeiten • 2.2 Arbeitsprozesse übergreifend planen und sie unter umfassender Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen mit benachbarten Bereichen beurteilen • 2.3 umfassende Transferleistungen erbringen 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.1 Arbeitsprozesse kooperativ, auch in heterogenen Gruppen, planen und gestalten, andere anleiten und mit fundierter Lernberatung unterstützen • 3.2 auch fachübergreifend komplexe Sachverhalte strukturiert, zielgerichtet und adressatenbezogen darstellen • 3.3 Interessen und Bedarf von Adressaten vorausschauend berücksichtigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene und fremd gesetzte Lern- und Arbeitsziele reflektieren, bewerten, selbstgesteuert verfolgen und verantworten sowie Konsequenzen für die Arbeitsprozesse im Team ziehen

Ausbildungsziele nach § 5 PflBG im Verhältnis zu den DQR-Deskriptoren

(1) Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann¹⁰ vermittelt die für die selbstständige (4), umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen (1.2, 1.3, 2.2) in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen (2.1) erforderlichen fachlichen (1, 2) und personalen Kompetenzen (3, 4) einschließlich der zugrunde liegenden methodischen (4), sozialen (3), interkulturellen (3) und kommunikativen Kompetenzen (3) und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen (4) sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer (2.3) und zur Selbstreflexion (4). Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biografie verstanden (4) und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt (4).

(2) Pflege im Sinne des Absatzes 1 umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen (1, 2) zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender (3). Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse (1.2, 1.3) auf Grundlage einer professionellen Ethik (1.4, 3). Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie

9 Quelle: Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten. Hrsg. von der Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, Berlin 2013, S. 19.

10 Die Ausführungen beziehen sich in gleicher Weise auf die Berufsabschlüsse Altenpfleger/in sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in nach PflBG, §§ 58 bis 61.

die Lebensphase der zu pflegenden Menschen (3). Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung (3).

(3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen

1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:

- a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege, (1, 2, 3),
- b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,(1, 2, 3, 4),
- c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen, (1, 2, 3),
- d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege, (4)
- e) Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, (1, 2, 3),
- f) 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, (1, 2, 3, 4),
- g) 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, (1, 2, 3, 4)
- h) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen, (1, 2, 3, 4),
- i) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen, (3)

2. ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchzuführen, insbesondere Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation, (1, 2)

3. interdisziplinär 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 (1.4, 3, 4).

(4) Während der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann wird ein professionelles, ethisch fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis entwickelt und gestärkt (3, 4).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de