DEUTSCHER QUALIFIKATIONSRAHMEN
FÜR LEBENSLANGES LERNEN

Expertenvotum zur zweiten Erarbeitungsphase des Deutschen Qualifikationsrahmens

Einführung

Votum AG Gesundheit

Votum AG Handel

Votum AG IT

Votum AG Metall / Elektro

Anhang

Inhaltsverzeichnis

A Vorgehen in der zweiten Erarbeitungsphase des DQR

1 Zielsetzung der zweiten Erarbeitungsphase ... 5
1.1 Einordnung in den europäischen Kontext ... 5
1.2 Der Diskussionsvorschlag eines Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR) – erarbeitet vom Arbeitskreis „Deutscher Qualifikationsrahmen“ ... 6
1.3 Zweite Erarbeitungsphase zum DQR ... 8
2 Vorgehen in der Arbeitsgruppe ... 9
2.1 Zusammensetzung und Tätigkeitsbereich ... 9
2.2 Organisation der Arbeiten ... 9
3 Rahmenbedingungen der Zuordnungen ... 10
3.1 Qualifikationstypen ... 10
3.2 Relevante Quellen und sonstige Dokumente ... 10
3.3 Verfahren der Zuordnung ... 11
4 Kurzbeschreibung der betrachteten Qualifikationstypen ... 15

B Expertenvoten der Arbeitsgruppen zur zweiten Erarbeitungsphase des DQR

I AG Gesundheit ... 25
I.1 Zuordnungsergebnisse der AG Gesundheit ... 28
I.1.1 Zusammensetzung der AG Gesundheit und Sitzungstermine ... 28
I.1.2 Vorgehensweise in der AG Gesundheit ... 28
I.1.3 Zuordnung mit Begründungen ... 33
I.2 Beurteilung des Matrix-Entwurfs ... 43
I.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen zu Aufbau und Struktur ... 44
I.2.2 Hinweise zu einzelnen Deskriptoren ... 46
I.3 Summary ... 47

II AG Handel ... 49
II.1 Zuordnungsergebnisse der AG Handel ... 52
II.1.1 Zusammensetzung der AG Handel und Sitzungstermine ... 52
II.1.2 Vorgehensweise in der AG Handel ... 52
II.1.3 Zuordnung mit Begründungen ... 55
II.2 Beurteilung des Matrix-Entwurfs ... 73
II.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen zu Aufbau und Struktur ... 73
II.2.2 Hinweise zu einzelnen Deskriptoren ... 76
II.3 Summary ... 77

III AG IT ... 80
III.1 Zuordnungsergebnisse der AG IT ... 83
III.1.1 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe und Sitzungstermine ... 83
III.1.2 Vorgehensweise in der AG IT ... 83
III.1.3 Zuordnung mit Begründungen ... 85
III.2 Beurteilung des Matrix-Entwurfs ... 101
III.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen zu Aufbau und Struktur ... 101
III.2.2 Hinweise zu einzelnen Deskriptoren ... 104
III.3 Summary ... 105

IV AG Metall / Elektro ... 107
IV.1 Zuordnungsergebnisse der AG Metall / Elektro ... 110
IV.1.1 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe Metall / Elektro und Sitzungstermine ... 110
IV.1.2 Vorgehensweise in der AG Metall / Elektro ... 110
IV.1.3 Zuordnung mit Begründungen ... 113
IV.2 Beurteilung des Matrix-Entwurfs ... 128
IV.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen zu Aufbau und Struktur ... 128
IV.2.2 Hinweise zu einzelnen Deskriptoren ... 130

C Anhänge zu den vier Arbeitsgruppen

I AG Gesundheit
I.1 Abschließende Einstufung der Qualifikationen anhand von Zuordnungsmatrizen
I.2 Beurteilung der DQR-Matrix
I.3 Präsentationen der AG-Mitglieder

II AG Handel
II.1 Abschließende Einstufung der Qualifikationen anhand von Zuordnungsmatrizen
II.2 Beurteilung der DQR-Matrix

III AG IT
III.1 Abschließende Einstufung der Qualifikationen anhand von Zuordnungsmatrizen
III.2 Beurteilung der DQR-Matrix
III.3 Präsentationen der AG-Mitglieder

IV AG Metall / Elektro
IV.1 Abschließende Einstufung der Qualifikationen anhand von Zuordnungsmatrizen
IV.2 Präsentationen der AG-Mitglieder

I.1 Zuordnungsergebnisse der AG Gesundheit

I.1.1 Zusammensetzung der AG Gesundheit und Sitzungstermine

- *Prof. Dr. Thomas Bals (Vorsitzender),* Universität Osnabrück
- *Rosemarie Bristrup,* Bundesärztekammer, Berlin
- *Prof. Dr. Peter Buttner,* Hochschule München
- *Gerd Dielmann,* ver.di Bundesvorstand, Berlin
- *Winfried Ellwanger,* Volkshochschule im Landkreis Cham e. V.
- *Dr. Jana Fietz,* Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin
- *RA'in Stefanie Gehrlein,* Marburger Bund, Bundesverband, Berlin
- *Prof. Dr. Eckhart Hahn,* Gesellschaft für medizinische Ausbildung, Erlangen
- *Dr. Wolfgang Hammer,* Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ), Vorsitzender des Fachausschusses Jugend, Hamburg
- *ORR'in Christine Hefer,* Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, München
- *Martina Herber / Dr. Antje Beppel* (im Wechsel), Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- *Lothar Herstix,* Kultusministerkonferenz / Ministerium für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- *StD'in Dr. Marion Malz,* Thüringer Kultusministerium, Erfurt
- *StD'in Irmhild Marder,* Staatliche Schule Gesundheitspflege, Hamburg
- *Ralf Neiheiser,* Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin
- *Renate Oeltzschner,* Sekretariat der Kultusministerkonferenz, Berlin
- *Dr. Monika Rausch,* Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V., Köln
- *Walburga Sprenger,* ASKLEPIOS Konzern, Asklepios Krankenpflegeschulen gGmbH, Wiesbaden
- *Annette Steenken,* Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin

Die Sitzungen der Arbeitsgruppe fanden an folgenden Terminen statt:
25. Mai 2009: Konstituierende Sitzung,
25. Juni 2009: 1. Sitzung,
28. September 2009: 2. Sitzung,
03. Dezember 2009: 3. Sitzung,
04. Februar 2010: 4. Sitzung.

I.1.2 Vorgehensweise in der AG Gesundheit

Die Arbeitsgruppe Gesundheit orientierte sich an den vorgeschlagenen Qualifikationstypen / Kategorien und wählte 16 Qualifikationen zur exemplarischen Zuordnung aus (vgl. Abschnitt I.1.3).

Generelle Anforderung an die Qualifikationen war auch hier, dass sie durch öffentliches Recht (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien) formal geregelt (z. B. auf Basis berufsgesetzlicher Regelungen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz, des Berufsbildungsgesetzes, der Schulgesetze der Länder etc.) und ihre jeweiligen Ordnungsmittel möglichst outcome-orientiert formuliert sind. Es wurden zudem ebenfalls die unter quantitativen Kriterien relevantesten Qualifikationen des Gesundheitsbereichs ausgewählt. Dabei ist zu beachten, dass die Entscheidung zugunsten einzelner Bildungsgänge (z. B. eines Studienganges) exemplarisch angelegt war, Proporzerwägungen wie insbesondere eine bundeslandparitätische Auswahl spielten dabei keine Rolle.

Die Auswahl der Qualifikationen trägt darüber hinaus der besonderen Ausbildungssituation im Gesundheitsbereich Rechnung – es gibt überwiegend Berufsausbildungen, die über Berufszulassungsgesetze oder landesrechtlich geregelt sind und wenig duale Ausbildungsberufe auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG). Wegen ihrer hohen Arbeitsmarktrelevanz und weil der DQR gerade an verschiedenen Qualifikationen aus diesem Bereich überprüft werden sollte, wurden mehrere Qualifikationen aus dem Pflegebereich aufgenommen, zudem stehen für diese Qualifikationen vergleichsweise neu formulierte Ordnungsmittel zur Verfügung, die Ausbildungsziele beschreiben (Outcome-Orientierung).

Der Auswahl liegen folgende Erwägungen und Entscheidungen zugrunde:

- Allgemein bildende Bildungsgänge wurden nicht geprüft, da dies – wie in vorangegangenen Kapiteln erwähnt – an anderer Stelle im Rahmen der Erprobung des DQR stattfand.
- Die Kategorie „Bildungsgänge in der Berufsvorbereitung“ entfiel mangels quantitativer Relevanz im Feld; das einbezogene Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) mit der Ausrichtung „Gesundheit und Soziales“ wurde berücksichtigt, da es in seiner zweijährigen Form einen Sonderfall darstellt.
- Die Einstiegsqualifikation wurde ebenfalls aus quantitativen Erwägungen gestrichen und weil hierfür z. B. auch keine bundesweite Regelung existiert.
- Ebenso entfiel die Kategorie „Bildungsgänge nach BBiG § 66“, da sie für den Gesundheitsbereich quantitativ und wegen des spezifischen Arbeitsumfeldes nicht bedeutsam ist.
- Dies betrifft in gleicher Weise die Kategorie „Teilqualifizierende Erstausbildungsgänge“.
- Die Kategorie „Vollqualifizierende Erstausbildungsgänge an beruflichen Schulen“ ist wie oben dargelegt für die Ausbildung im Gesundheitsbereich von besonderer Bedeutung. Neben der Altenpflegehilfe und der Gesundheits- und Krankenpflege (3-jährig) wurde auch der Bildungsgang „Physiotherapie“ ausgewählt. Die Qualifikationen Altenpflege (3-jährig) und Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (1-jährig) sowie die Qualifikation „Sozialassistent/in“ konnten aus zeitlichen Gründen nicht wie geplant geprüft und zugeordnet werden.
- Die Kategorie „Berufliche Bildungsgänge zum Erwerb einer Hochschulreife“ entfiel wegen der relativ geringen Verbreitung der Ausbildungsrichtung „Gesundheit“ innerhalb der beruflichen Bildungsgänge zum Erwerb einer Hochschulreife und wegen der Zuordnung der allgemein bildenden Bildungsgänge an anderer Stelle im Rahmen der Erprobung des DQR.
- In der Kategorie „Duale Bildungsgänge“ blieb als einzige zu prüfende Qualifikation der / des „Medizinischen Fachangestellten“ erhalten. Der Begriff „dual“ wird im formal rechtlichen Sinne verstanden. Daher wurde die Krankenpflegeausbildung nicht als duale Ausbildung (nach BBiG) definiert. Sie findet zwar an zwei Lernorten (Betrieb und Krankenpflegeschule) statt, die Gesamtverantwortung der Organisation und Koordination obliegt jedoch der Schule. Dagegen wurde die Bezeichnung „dualer Studiengang“ beibehalten – und eine Qualifikation in diesem Bereich untersucht (s. u.). In diesem Kontext erscheint der Begriff, weil umgangssprachlich und nicht als *Terminus technicus* akzentuiert, unproblematisch, und verweist lediglich darauf, dass es neben der Ausbildungsstätte „Krankenhaus“ (mit den Lernorten Betrieb und Krankenpflegeschule) einen zusätzlichen Lernort, nämlich die Hochschule gibt.
- Die Kategorie „Geregelte Fortbildung“ wurde als durch öffentliches Recht formal geregelte Weiterbildung verstanden. Non-formales und informelles Lernen sind daher entsprechend der Vorgehensweisen in allen Arbeitsgruppen nicht eingeschlossen. Von den zunächst wegen ihrer bundesweiten Relevanz und Neuordnung ausgewählten Qualifikationen „Zahntechnikermeister/in“, „Pflegekraft im Operationsdienst“, „Betriebswirt/in“ sowie Facharzt / -ärztin für Augenheilkunde konnten aus zeitlichen Gründen nur die beiden letztgenannten geprüft werden.
- Die Kategorie „Bildungsgänge an Hochschulen“ wurde wie bereits oben erwähnt um „Duale Studiengänge“ erweitert. Ausgewählt wurden akkreditierte Regelstudiengänge; Modellstudiengänge sollten außen vor bleiben. Als Quellen wurden zunächst bundesweit geltende Regelungen ausgewertet, d. h. Staatsprüfungs- und Approbationsordnung(en). Bei mangelndem Aussagegehalt wurden zusätzlich Studienordnungen und Modulhandbücher hinzugezogen. Bezüglich der Abschlüsse Bachelor und Master wurde vorausgesetzt, dass formal keine Unterschiede zwischen denen, die an einer Fachhochschule, und denen, die an einer Universität erworben werden, existieren. Aus zeitlichen Gründen wurde daher auf eine Doppelung (Bachelor und Master an der Fachhochschule bzw. an der Universität) verzichtet.

Zur Erarbeitung der Vorschläge zur Niveauzuordnung bzw. zur Erprobung der Brauchbarkeit der Niveaubeschreibungen und der Niveauindikatoren des DQR-Entwurfs (Matrixbeurteilung) ordneten sich die Mitglieder der AG Gesundheit drei Unterarbeitsgruppen zu, die zwischen den AG-Sitzungen tätig waren:

1. Unterarbeitsgruppe Cluster 1: Vollqualifizierende Erstausbildungsgänge,
2. Unterarbeitsgruppe Cluster 2: Geregelte Fort- / Weiterbildung und
3. Unterarbeitsgruppe Cluster 3: Bildungsgänge an Hochschulen inklusive dualer Studiengänge.

Die Zusammensetzung der Untergruppen erfolgte bildungsbereichsübergreifend, etliche Mitglieder waren außerdem in mehreren Unterarbeitsgruppen vertreten.

Das Verfahren lässt sich als „Drei-Schritte-System“ beschreiben:

1. Die grundlegende Prüfung der Qualifikationen wurde von einzelnen Mitgliedern bzw. in Zweiergruppen vorgenommen und konnte z. T. auch in den Untergruppen beraten werden.
2. Alle Qualifikationen mit Ausnahme von fünf völlig unstrittig zuzuordnenden Studiengängen wurden zur Validierung einer weiteren Einzel- bzw. Zweierprüfung unterzogen, bevor sie
3. in der Gesamtgruppe abschließend diskutiert und mit einem Votum zur Zuordnung versehen wurden.

Bei der Prüfung der Qualifikationen wurde gemäß dem arbeitsgruppenübergreifend vereinbarten Prozedere zunächst auf bundeseinheitliche Regelungen zurückgegriffen, erst danach sollten weitere Ordnungsmittel bzw. Unterlagen ausgewertet werden. Neben Ausbildungs- und Studienordnungen zog man auch Prüfungsordnungen und für die Hochschule auch Modulhandbücher, die im Rahmen der Akkreditierung der Studiengänge vorliegen, heran, um Anhaltspunkte für die Wertigkeit einer Kompetenz zu erhalten.

Festgestellt wurde, dass viele einschlägige Ordnungsmittel, wie Lehrpläne, Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, noch nicht hinreichend detailliert outcome-orientiert formuliert sind, wodurch sich der Interpretationsrahmen bei einer Zuordnung wesentlich erweiterte.

Für die Qualifikationen im Hochschulbereich wurde festgestellt, dass bzgl. der Sozial- und Selbstkompetenz die Formulierungen in den verwendeten Modulhandbüchern, Studien- und Prüfungsordnungen häufig ein relativ niedriges Anforderungsniveau ausweisen (z. B.: verstehen, kennen lernen, trainieren, darstellen, erwerben, erlangen, lernen, besprechen …). Zudem wird oft eine Tätigkeit der Lehrkraft ausgedrückt (z. B.: vermitteln, darstellen, behandeln, zeigen, eingehen, erläutern, einführen, vorstellen, gegenüberstellen, vertraut machen, betrachten, aufgreifen, thematisieren, beleuchten, verdeutlichen, veranschaulichen …). Da das Bachelor- und insbesondere das Masterstudium auf ein relativ hohes Ausgangsniveau abheben, spiegeln diese Beschreibungen offensichtlich nicht das tatsächliche Ausbildungsniveau wider. Empfohlen wurde daher, die einschlägigen Ordnungsmittel zukünftig dahingehend zu überarbeiten, dass sie die Operatoren Analyse, Synthese und Beurteilung als kognitive Studententätigkeit beschreiben (z. B. analysieren, klassifizieren, kategorisieren, vereinfachen, adaptieren, schlussfolgern, Vermutungen formulieren, einschätzen, konstruieren, eine Theorie aufstellen, modellieren, kritisieren, bewerten, verteidigen, interpretieren, widerlegen, einschätzen, ableiten, beweisen, erörtern, diskutieren …).

Andererseits wurde auch der tatsächliche Zielerreichungsgrad zum Abschluss der Ausbildung problematisiert. Dabei stellte sich die Frage, wie der Durchstieg vom verbalen Anspruch der Beschreibungen in den Quellen hin zum tatsächlichen Kompetenzerwerb gewährleistet werden kann. Hierbei wurden auch unterschiedliche Handhabungen bzw. Gepflogenheiten in den europäischen Ländern thematisiert. Es wurde darauf verwiesen, dass die Zuordnung mangels Alternativen nun einmal auf der Basis gegenseitigen Vertrauens und damit entsprechend aktueller EU-Strategien erfolge. (Siehe auch Bemerkungen zum Qualitätsbegriff im folgenden Text.)

Umgekehrt wurde eingeschätzt, dass gerade bei den noch nicht outcome-orientiert beschriebenen gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen die faktische Kompetenz wahrscheinlich sehr viel größer ist, als sich aus den derzeitigen Formulierungen der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen bisher ablesen lässt.

Es bestand Einvernehmen, die festgestellten Lücken bzgl. der Kompetenzbeschreibungen in den Ordnungsmitteln, zumindest in der derzeitigen Prüfphase, im Bedarfsfall durch ressourcenorientierte Inputfaktoren (*Workload* u. Ä.) sowie einzubringendes Expertenwissen – u. a. durch Gesichtspunkte wie tatsächliche Arbeitsanforderungen und Ausgestaltung der Tätigkeit – zu ergänzen. Dies sollte nicht als Misstrauen in den Kompetenzbegriff verstanden werden, vielmehr dienten die additiven Faktoren – übergangsweise – als zusätzliche Hilfsmittel. Allerdings seien die angewandten (Input-)Kriterien bei der Einordnung offen zu legen.

Von den beiden zur Diskussion gestellten methodischen Ansätzen fand die induktive Herangehensweise in der Arbeitsgruppe größeren Anklang und wurde durchgängig praktiziert. Daneben wurden z. B. auch Erfahrungen bei der Entwicklung des „Qualifikationsrahmens Soziale Arbeit“ eingebracht, an der Mitglieder der Arbeitsgruppe beteiligt waren. (Siehe dazu PowerPoint-Präsentation in der Anlage.)
Bei allen Zuordnungen wurde insofern ein gleiches Verfahren angewendet, als für jede der vier Kategorien zunächst eine eigene Prüfung vorgenommen wurde. Z. T. fand eine weitere Verfahrensvariation dadurch statt, dass innerhalb der Kategorien einzelne den Ordnungsmitteln / Quellen entnommene Kompetenzbe-

schreibungen separat analysiert und unterschiedlichen bzw. jeweils adäquaten Niveaustufen zugeordnet wurden. Im Ergebnis ergaben sich z. T. unterschiedliche Wertigkeiten innerhalb der Säulen und zwischen den Säulen. Das jeweilige Ergebnis beruht auf dem Resümee aus allen Einzelergebnissen. Obwohl gemäß den Vorgaben zur Erprobung als Resümee keine arithmetische Berechnung der für den jeweils analysierten Bildungsgang ermittelten Niveaustufen / Säulen von „Teilkompetenzen" erfolgen sollte, waren sich die AG-Mitglieder darüber einig, dass die jeweilige summarische Zuordnung eines Bildungsganges zu einer Niveaustufe für Dritte evident und nachvollziehbar sein muss.
Zusätzlich zu diesem Verfahren wurde eine Prüfung der Einzelergebnisse über den Niveauindikator vorgenommen und zwar nach dem Inklusionsprinzip um die optimale Passung zu erreichen.

In der folgenden Übersicht sind die ausgewählten Qualifikationen und der jeweils gewählte Ansatz der Zuordnung aufgeführt:

Tabelle 1: Übersicht über die ausgewählten Qualifikationen und das gewählte Zuordnungsverfahren

Bildungsgang	Qualifikation	Verfahren der Zuordnung
Berufsvorbereitung	BVJ Gesundheit und Pflege (2-jährig)	induktiv
Sonstige Berufszulassungsgesetz	Staatl. gepr. Pflegefachhelfer/in (Altenpflege)	induktiv
Sonstige Berufszulassungsgesetz	Gesundheits- und Krankenpflege (3-jährig)	induktiv
Sonstige Berufszulassungsgesetz	Physiotherapeut/in (3-jährig)	induktiv
Duale Bildungsgänge nach BBiG	Medizinische/r Fachangestellte/r (3-jährig)	induktiv
Geregelte Fort- und Weiterbildungen	Betriebswirt/in für Management im Gesundheitswesen	induktiv
Geregelte Fort- und Weiterbildungen	Facharzt / -ärztin für Augenheilkunde	induktiv
Bachelor (B. Sc.)	Dualer Bachelorstudiengang Pflege Hochschule München	induktiv
Bachelor (B. Sc.)	Bachelor Gesundheitsökonomie Universität Bayreuth	induktiv
Master (M. Sc.)	Master of Science Public Health Universität Düsseldorf	induktiv
Staatsprüfung	Approbation für Ärzte	induktiv
Promotion	an der Fakultät **Elektrotechnik** und Informationstechnik der Technischen Universität Dresden (erarbeitet im Institut für Biomedizinische Technik)	induktiv

Besonderen Problemlagen der Erprobung des DQR im „Gesundheitssektor"

Im Verlauf der Arbeitsgruppenarbeit waren folgende drei Themen immer wieder Gegenstand der Diskussion:
1. Verhältnis DQR zu Berufsanerkennungsrichtlinie,
2. Umgang mit sektoralen Qualifikationsrahmen,
3. Qualitätsbegriff bzw. Qualitätssicherung.

zu 1. Verhältnis DQR zu Berufsanerkennungsrichtlinie

Thematisiert wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe, welchen Nutzen die Zuordnung der Gesundheitsberufe im Rahmen des DQR habe, wenn durch vorhandene und weiter geltende Regelungen, wie die Berufsan-

erkennungsrichtlinie (z. B. für die Krankenpflege), eine internationale Anerkennung bereits erfolgt sei. Dazu wurde ausgeführt, dass der DQR sich durch seine Zielsetzung und seinen Ansatz von bisher existierenden (wenigen und einzelberufsspezifischen) Verfahren der Äquivalenzfeststellung unterscheidet, diese aber nicht außer Kraft setzen wird. Mit dem DQR, der das gesamte deutsche Bildungssystem einbezieht und systematisiert, sollen Gleichwertigkeiten und Unterschiede von Qualifikationen bildungsgang- und bereichsübergreifend transparenter gemacht werden. Der Vergleich von Bildungsgängen erfolgt bei der Erprobung des DQR anhand der Lernergebnisse also in Form einer kompetenz- bzw. outcome-orientierten Betrachtung, die sich von der im Rahmen der Berufsanerkennungsrichtlinie üblichen Gegenüberstellung von Input-Faktoren wie z. B. Bildungsgangorganisation (Eingangsvoraussetzungen, Dauer / Stunden etc.) und Lehr- / Lerninhalten bzw. -zielen abhebt. Ziel ist es, einen Referenzrahmen zur Vergleichbarkeit von Qualifikationen in Europa herzustellen und damit die Mobilität von Lernenden und Beschäftigten zu fördern, auch ohne Instrumente der Anerkennung benutzen zu müssen. Festgehalten wurde in diesem Kontext, dass der DQR in rechtlicher Hinsicht keinen Einfluss auf Anerkennungsfragen hat.

Nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sollte der DQR für reglementierte Berufe keine Anwendung finden. In den so genannten sektoralen Berufen, deren Mindestanforderungen der Ausbildung in der Richtlinie 2005/36/EG harmonisiert sind, wie z. B. in der allgemeinen Krankenpflege, geht die Richtlinie 2005/36/EG vom Grundsatz der automatischen Anerkennung aus. Das bedeutet, dass kein Raum für einen Ausbildungsvergleich bestehe, da der Inhaber der Qualifikation einen unmittelbaren Anspruch auf einen Berufszugang hat, ohne inhaltliche Prüfung seiner Ausbildung aus dem Herkunftsstaat. Im Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG sei ein Ausbildungsvergleich durch die Zuordnung zu Niveaustufen nicht zulässig. Die Bescheinigung über die Gleichwertigkeit der Ausbildung, wie sie durch die Richtlinie 2005/36/EG vorgesehen ist, wenn keine automatische Anerkennung möglich ist, schafft für den Arbeitgeber eine ausreichende Klarheit über die Qualifikation von Migranten. Für den Vergleich von europäischen Qualifikationen im Hinblick auf ihre Gleichwertigkeit enthält die Richtlinie 2005/36/EG in Artikel 11 fünf Qualifikationsniveaus, denen sich jeder Gesundheitsberuf zuordnen lässt. Die Richtlinie 2005/36/EG stellt damit sicher, dass alle Gesundheitsfachberufe wechselseitig anerkannt werden. Das Instrument des DQR sei in der Praxis überflüssig und würde zu Irritationen bei der Anwendung der Richtlinie 2005/36/EG führen.

Die Auffassung des BMG hinsichtlich der Bedeutung der Richtlinie 2005/36/EG im Verhältnis zum DQR wird in der Arbeitsgruppe geteilt. In ihrer Mehrheit hält sie jedoch die Einbeziehung der Gesundheitsberufe in den DQR für sinnvoll. Der DQR regelt ausdrücklich nicht die berufsrechtliche Anerkennung der Abschlüsse, sondern bietet eine Plattform für eine Vergleichbarkeit der Kompetenzniveaus. Bereits heute gibt es in den meisten Mitgliedstaaten z. B. in der Krankenpflege mehrere Ausbildungsgänge auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, die gleichwohl alle den Anforderungen der Richtlinie entsprechen und der automatischen wechselseitigen Anerkennung der Qualifikationsnachweise unterliegen. Im Binnenverhältnis der Mitgliedstaaten der EU ist klar zu stellen, dass die Zuordnung zu einem bestimmten Niveau des DQR bzw. EQR bei den reglementierten Berufen keinerlei Auswirkungen auf die Anerkennung entsprechend der Richtlinie hat.

zu 2. Umgang mit sektoralen Qualifikationsrahmen

Für den Bereich der sozialen Berufe existieren bereits sektorale Qualifikationsrahmen, für den Bereich der Pflege älterer Menschen gibt es eine ähnliche Initiative. Es handelt sich dabei um den „Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit“ (QRSA), verabschiedet vom Fachbereichstag Soziale Arbeit im Mai 2006, unterstützt durch die Hochschulrektorenkonferenz sowie den Entwurf eines „Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Unterstützung, Betreuung und Pflege älterer Menschen“ der Fachhochschule Bielefeld / Katholischen Fachhochschule Köln, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen. Weitere, ähnlich konzipierte, vertikal und / oder horizontal segmentierte Ansätze sind in der Diskussion. Beide o. g. sektoralen Qualifikationsrahmen orientieren sich an den Begrifflichkeiten des EQR (und beim QRSA zudem am „Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse“), da der DQR bei ihrer Entstehung noch nicht zur Verfügung stand. Darüber hinaus sind sie anders als der DQR nicht mit dem Ziel entstanden, sich im Bildungssystem zu positionieren, sondern das Qualifikationsspektrum im jeweiligen Feld zu beschreiben. Sie haben daher für den DQR und für die Gruppenarbeit keinerlei normierende Funktion.

zu 3. Qualitätsbegriff bzw. Qualitätssicherung

Durch die Entwicklung des DQR und die geplante Zuordnung aller Bildungsabschlüsse zu Kompetenzniveaus erhalten die Beschreibungen der durch den Bildungsgang angestrebten Kompetenzen eine zentrale Bedeutung. Um zu vermeiden, dass nur Worthülsen verwendet werden und die beschriebenen Kompetenzen in den Bildungsgängen real gar nicht erreicht werden (können), kommt der Qualitätssicherung eine zentrale Bedeutung zu. Dabei geht es um die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass die nach den Ordnungsmitteln angestrebten Kompetenzen auch tatsächlich erreicht werden.

Der Qualitätsbegriff und der Aspekt der Qualitätssicherung wurden sowohl bzgl. des Prüfauftrags der Arbeitsgruppe als auch mit Blick auf den internationalen Vergleich von Qualifikationen im Zuge der Erarbeitung der exemplarischen Zuordnungen regelmäßig thematisiert. Im Rahmen der arbeitsgruppenübergreifenden Verständigung über die im DQR-Leitfaden enthaltene Formulierung *„im Durchschnitt“* wurde festgehalten, dass hierunter der (Regel-)Standard zu verstehen sei, den die jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren für eine Qualifikation zusichern. Mit Durchschnitt sei die Kompetenz gemeint, die ein Arbeitgeber zu erwarten hat, wenn er eine Person mit einer bestimmten Qualifikation einstellt, wobei es sich nicht um eine individuelle Kompetenz, sondern die mit dem jeweiligen Bildungsgang angestrebte Kompetenz in einer idealtypischen Betrachtung handelt.

Die Qualitätsstandards sind im Hochschulbereich durch Akkreditierungen, im Bereich der Schulen durch Schulinspektionen, Prüfungen, Schulaufsicht, Lehrplanverfahren, verpflichtende Lehrerfortbildung u. ä. Maßnahmen gewährleistet. Auch bundesweit geltende Ausbildungsordnungen für duale Berufe (Kammerberufe) sowie entsprechende Prüfungsordnungen repräsentieren bzw. beinhalten qualitätssichernde Komponenten. Einigkeit bestand darüber, dass es sich um ein im Zusammenhang mit dem DQR sehr wichtiges Thema handelt – es daher auch im DQR-Diskussionsvorschlag ausdrücklich erwähnt sei –, es aber nicht zum Gegenstand der Gruppenarbeit gemacht, sondern parallel in anderen Zusammenhängen behandelt werden sollte.

I.1.3 Zuordnung mit Begründung

Im Folgenden werden die Zuordnungsergebnisse für die 12 bearbeiteten Qualifikationsprofile zusammengefasst. Diese basieren einerseits auf den outcome-orientierten Beschreibungen der Lernergebnisse der ausgewählten Qualifikationen, die in den Zuordnungsmatrizen niedergelegt sind (s. Anlage C.I.1) und andererseits auf den Ergebnissen der Diskussion in der Arbeitsgruppe. Zum umfassenden Verständnis der Einzelbewertungen sind diese ausführlichen Unterlagen unbedingt heranzuziehen. Für die vorgeschlagenen Zuordnungen wurde, wie erwähnt, von den durchschnittlich im Rahmen der Ausbildung zu erwerbenden Kompetenzen mit Abschluss der Ausbildung ausgegangen. Im weiteren Verlauf des Berufslebens erworbene einschlägige Kompetenzen blieben außer Betracht.

Bei der Konsensfindung in der Gesamtgruppe hat neben der Einzelbetrachtung der jeweiligen Qualifikation die in Bezugsetzung bzw. Abgrenzung der Qualifikationen zueinander eine wichtige Rolle gespielt. Nur als „Zünglein an der Waage“ waren dagegen die Inputfaktoren relevant.

Für die Einschätzung der begründeten Zuordnungsvorschläge der AG Gesundheit besteht folgender Vorbehalt: Die Vorschläge wurden ohne Kenntnis der Ergebnisse der Diskussion des Schulausschusses zur Allgemeinbildung erstellt, da die Zuordnungsvorschläge des Schulausschusses für die allgemein bildenden Abschlüsse erst nach der vierten Arbeitsgruppensitzung der AG Gesundheit und damit nach Beendigung der Arbeitsgruppenphase vorlagen. Die AG Gesundheit sieht insbesondere durch die vom Schulausschuss vorgeschlagene Zuordnung der allgemeinen Hochschulreife zu Niveaustufe 5 eine Überbewertung der Allgemeinbildung im Verhältnis zu dualen und fachschulischen Ausbildungen. Im Vergleich zu der von der AG Gesundheit der Niveaustufe 5 zugeordneten Qualifikation „Physiotherapeut/in“, kann diese Zuordnung weder bzgl. der Kategorie Sozialkompetenz noch der Fachkompetenz nachvollzogen werden. Umgekehrt wird durch die Zuordnung der allgemeinen Hochschulreife zu Niveaustufe 5 eine Unterbewertung der beruflichen Bildungsabschlüsse gesehen. So hat die AG Gesundheit die Medizinische Fachangestellte / den Medizinischen Fachangestellten der Niveaustufe 4 zugeordnet und ist dabei eher vorsichtig vorgegangen, weil die besonderen Anforderungen und die hohe Verantwortung aufgrund unklarer Begrifflichkeiten der Deskriptoren nicht hinlänglich berücksichtigt werden konnten.

Die Mitglieder der AG Gesundheit haben es als ihre Aufgabe gesehen bei der Zuordnung rein methodisch vorzugehen und standes- oder berufspolitische Erwägungen auszuklammern. Für den Vergleich der Ergebnisse mit anderen Arbeitsgruppen und demzufolge auch mit der Allgemeinbildung müssen diese Kriterien von allen zugrunde gelegt werden. Die Zuordnung der Medizinischen Fachangestellten zu Niveau 4 steht insofern unter dem Vorbehalt der Vergleichbarkeit mit Zuordnungen allgemein bildender Abschlüsse und vergleichbarer dualer Berufe, die auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes ausgebildet werden.

Berufsvorbereitungsjahr Gesundheit und Pflege (2-jährig)

Die zweijährige Berufsfachschule mit dem Profil Gesundheit und Pflege führt zur Prüfung der Fachschulreife. Die Qualifikation wurde einstimmig der Niveaustufe 2 zugeordnet, wobei diese Zuordnung sich speziell auf das vorgenannte BVJ Gesundheit und Pflege bezieht und ausdrücklich keine Verallgemeinerung für alle BVJ darstellt.
Die Niveaustufenzuordnung ist über den Niveauindikator anhand der Ordnungsmittel belegt. In Abgrenzung dazu wären evtl. so genannte „Berufseingangsklassen“ für nicht ausbildungsreife Jugendliche zu sehen, die hier allerdings nicht untersucht wurden; diese wären evtl. in Stufe 1 anzusiedeln.

Probleme:
Bei der Bewertung der Sozialkompetenz wurde „Urteilsfähigkeit“ als Kriterium aufgenommen, da die Personalen Kompetenzen zu sehr auf das Arbeiten und Lernen in Gruppen beschränkt sind.
Die Trennung von Wissen und Fertigkeiten war an manchen Stellen problematisch, es sei denn, man setzte das notwendige Wissen voraus. Dies lässt sich jedoch oft nicht darstellen, da die Aufgaben sehr komplex sind.
Die Kompetenzbeschreibung war dem Schultyp nicht immer entsprechend.

Verwendete Quellen:
- Bildungsplan für die Berufsfachschule des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Lehrplan 45-6512-2220/51/3 vom 09. Oktober 2009

Staatl. geprüfte/r Pflegefachhelfer/in (Altenpflege)

Die Ausbildung zum / zur Staatlich geprüften Pflegefachhelfer/in (Altenpflege) liegt in der Hand der Bundesländer. Die Ausbildungsdauer variiert vom zeitlichen Umfang in den Bundesländern von einem Jahr (in Bayern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein) über eineinhalb Jahre (in Mecklenburg-Vorpommern) bis zu zwei Jahren (mit der Bezeichnung Pflegeassistent/in in Hamburg).
Der Helferberuf in der Altenpflege ist immer unter Aufsicht einer Pflegefachkraft tätig, muss aber dennoch im konkreten pflegerischen Arbeiten selbstständig handeln und entscheiden. An die Teamfähigkeit und das Reflexionsvermögen werden hohe Anforderungen gestellt.
Da das Gros der bisher vorliegenden Ordnungsmittel nicht nutzbar war, wurde zusätzlich auf die Unterlagen zur vorläufigen Neuordnung der Altenpflegehilfe in Schleswig-Holstein zurückgegriffen. Als Input-Faktor wurde hier hilfsweise die Dauer der Ausbildung einbezogen (*Workload*). Für alle vier Kategorien wurde die Niveaustufe 3 festgestellt, wobei die Sozialkompetenz (Reflexionsvermögen und selbstständiges Bearbeitung von Aufgaben und Zusammenarbeit mit benachbarten Bereichen) zu Stufe 4 tendiert. Da es hier aber vor allem um die Einschätzung des eigenen Verhaltens geht, wurde die Zuordnung zur Stufe 3 als gerechtfertigt angesehen.
Die Abgrenzung zum BVJ und damit zur Stufe 2, erfolgte dahingehend, dass bei Würdigung der Kompetenzbeschreibungen des BVJ dieses als eine Übergangsmaßnahme bzw. ein Einstieg in weitere Qualifikationen anzusehen sei und hier auch allgemein bildende Fächer angeboten würden. Als Mangel wurde außerdem festgestellt, dass relevante Kompetenzen der Qualifikation wie Gesprächsführung und Kommunikation in den Niveaustufen des DQR fehlen und damit für die Qualifikation nicht abgebildet werden können.

Vier AG-Mitglieder schlossen sich der Zuordnung nicht an und enthielten sich der Stimme.

Verwendete Quellen:
- Altenpflegegesetz
- Heimpersonalverordnung
- Landesgesetz über Ausbildungsvergütung in der Altenpflegehilfe (Rheinland-Pfalz)

- Vorläufige Neuregelung der Ausbildung in der Altenpflegehilfe, Schleswig-Holstein, 2002
- Gesetz zur Durchführung des Altenpflegegesetzes und zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe, Schleswig-Holstein, 2004
- Berufsfachschulordnung Pflege (Bayern)
- Lehrplan für die Berufsfachschule für Altenpflegehilfe (Bayern)
- Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Altenpflegehilfe – Ausbildung zum / zur Staatlich geprüften Pflegefachhelfer/-in (Altenpflege) Bayern, 2007
- Schulordnung für die Berufsfachschulen für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe und Hebammen (Berufsfachschulordnung Pflegeberufe BFSO Pflege) vom 19. Mai 1988 (GVBl S. 134, BayRS 2236-4-1-2-UK), zuletzt geändert durch Verordnung vom 15. September 2007 (GVBl S. 666), Bayern
- SGB XI § 80

Gesundheits- und Krankenpflege (3-jährig)

Mit der Beurteilung dieser Qualifikation waren insgesamt fünf Mitglieder der Arbeitsgruppe befasst, die dem Arbeitsgruppenplenum insgesamt drei Vorschläge unterbreiteten. In einer ersten Bewertung wurden alle verfügbaren Ordnungsmittel, das Krankenpflegegesetz, einschließlich der Ausbildungs- und Prüfungsordnung einbezogen, d. h. nur bundesweite Regelungen, keine diesbezüglichen Curricula der Länder. Daraus erfolgte in Teilen eine Zuordnung zur Niveaueinstufe 3, in der Gesamteinschätzung jedoch zu Stufe 4.
Die zweite Beurteilung basierte ebenfalls auf dem Krankenpflegegesetz und kam zu dem Schluss, dass in diesem Ausbildungsgang komplexe Anforderungen vorhanden sind – integriertes Fachwissen (§ 1 Abs. 1) bzw. vertieftes fachtheoretisches Wissen erforderlich ist, in der Prüfungsordnung wird auf wissenschaftliche Grundlagen rekurriert – und daher eine Zuordnung zur Niveaustufe 5 erfolgen sollte.
Die dritte Beurteilung kam ebenfalls zu einer Zuordnung auf Niveaustufe 5. Zusätzlich wurde dafür auf den bayerischen Lehrplan zurückgegriffen, in dem zwölf Themenfelder mit Kompetenzbeschreibungen untersetzt sind. Die Überprüfung orientierte sich ausschließlich an den zusammenfassenden Niveauindikatoren des DQR unter Berücksichtigung des Inklusionsprinzips. Als entscheidende Anforderungen an die Pflegekraft wurde Selbstständigkeit und Verantwortung gesehen, nach nicht klaren Vorgaben handeln zu müssen, sich ständig wechselnden Situationen zu stellen und die Regeln auf die individuelle Pflegesituation anzupassen. Insofern reichen die Anforderungen an die Niveaustufe 6 heran, jedoch nicht in allen Kompetenzbereichen. Für die Gesamtbeurteilung der Gruppe war auch entscheidend, wie der wissenschaftliche Anspruch der Ausbildung zu bewerten ist – in Abgrenzung zur Niveaustufe 6 – sowie die Einschätzung der Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den Qualifikationen Physiotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege und Medizinische/r Fachangestellte/r. Ein Konsens aller Mitglieder der AG konnte nicht erreicht werden. Das Ergebnis der Zuordnung lag in einer Bandbreite und basiert auf folgenden unterschiedlichen Kriterien: 1. Interpretation der Ordnungsmittel, 2. ordnungspolitische Verortung und 3. genereller Vorbehalt der Konsistenz der Zuordnung aller Berufe.

Die Qualifikation wurde mehrheitlich der Niveaustufe 5 zugeordnet, eine Stimme wurde unter dem Vorbehalt der Klärung abgegeben, ob überhaupt eine Zuordnung der Gesundheitsberufe erfolgt (siehe Ausführungen zum Verhältnis DQR zu Berufsanerkennungsrichtlinie, Kapitel I.1.2, S. 31); drei Mitglieder enthielten sich.
Für die Zuordnung zur Niveaustufe 4 plädierten zwei Gruppenmitglieder.

Verwendete Quellen:
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I, S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 12 a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I, S. 1990)
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. I, S. 2263), zuletzt geändert durch Art. 35 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I, S. 2686)
- Lehrplanrichtlinien für die Ausbildung zum / zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in auf der Grundlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2004 (BGBl I, S. 2263) für die Berufsfachschule für Krankenpflege, Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultur, Stand 2005

Physiotherapeut/in (3-jährig)

Das Tätigkeitsfeld Physiotherapie ist über die Formulierung der Niveaustufe 4 hinaus komplex und spezialisiert. Die Spezialisierung kann u. a. durch die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung belegt werden, die nach Art. 74 Nr. 19 GG dem Verbraucher- bzw. Gesundheitsschutz dient. Physiotherapeuten dürfen unter der Berufsbezeichnung Physiotherapeut bzw. Physiotherapeutin tätig werden (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG). Die Komplexität des Tätigkeitsfeldes wird auch durch die Strukturierung der Lernbereiche in der EAR NRW belegt: Physiotherapeuten arbeiten mit Menschen aller Altersstufen, in unterschiedlichen Settings, mit unterschiedlichen (isolierten oder übergreifenden) Beeinträchtigungen der Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivität und Partizipation. Diese Mehrdimensionalität der Physiotherapie ist auch im Ausbildungsziel, § 8 MPhG, angedeutet, die Verschränkung der Dimensionen kann dort aber nicht abgebildet werden. Der Verweis auf die geschützte Berufsbezeichnung reicht aber allein nicht zur Begründung aus. Auch die verfügbaren bundeseinheitlichen Ordnungsmittel (MPHG, PhysTh-APrV) bieten keine ausreichend belastbare Grundlage. Die Zuordnung begründet sich neben den bundesrechtlichen Vorgaben aus landesrechtlichen Ausbildungsrichtlinien und den Anforderungen der Berufspraxis.
In jeder Säule kann die Zuordnung zu Stufe 5 durch Formulierungen in oder Schlussfolgerungen aus den Ordnungsmitteln belegt werden. In allen Säulen kann die Handlungskompetenz von Physiotherapeuten in einzelnen Aspekten bzw. in der Selbstkompetenz auch vollständig der Stufe 6 zugeordnet werden. Die Prüfung erfolgte auf der Basis des Inklusionsverfahrens, d. h. dem sukzessiven, mit der ersten DQR-Niveaustufe beginnenden Abgleich der Kompetenzen. Auf der Basis der outcome-orientierten Auswertung der Ordnungsmittel kann die Qualifikation von Physiotherapeuten begründet mindestens dem Niveau 5 zugeordnet werden.
Es zeigten sich Differenzen bei Interpretationen (zum Beispiel – was ist integriertes Fachwissen; wie wird der Grad der Selbstständigkeit des Physiotherapeuten im Verhältnis zu den Anordnungen des Arztes eingeschätzt; wann handelt es sich um einfache, wann um umfassende Transferleistungen). Für die Entscheidungsfindung war der Blick auch über die Ordnungsmittel hinaus wichtig.

Die Zuordnung zur Niveaustufe 5 wurde mehrheitlich, bei drei Ablehnungen, von der Gruppe getragen.

Verwendete Quellen:
- Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG)
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV)
- Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen (EAR) in NRW

Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA) (3-jährig)

Für die / den Medizinische/n Fachangestellte/n bestehen Einsatzmöglichkeiten in Haus- und Facharztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren, betriebsärztlichen Abteilungen in Unternehmen, Krankenhäusern, medizinischen Laboratorien und Institutionen und Organisationen im öffentlichen Gesundheitsdienst. Ihr Tätigkeitsfeld umfasst die Bereiche: Assistenz bei Diagnostik und Therapie, Notfallversorgung Prävention und Rehabilitation, Betreuung und Beratung von Patienten sowie Betriebsorganisation und Verwaltung.
Die Qualifikation wurde von insgesamt drei Mitgliedern der Arbeitsgruppe beurteilt, die alle eine Zuordnung zur Niveaustufe 4 befürworteten. Bei der Gewichtung einzelner Bestandteile der Ordnungsmittel kam es zu geringen Abweichungen in der Einschätzung.
Die erste Prüfung ergab, dass sich insbesondere aus der Ausbildungsordnung, den berufsbezogenen Vorbemerkungen des KMK-Rahmenlehrplans und den Prüfungsanforderungen ein breites Spektrum an Theoriewissen zur Bewältigung komplexer Handlungssituationen nachweisen und damit eine Zuordnung zur Niveaustufe 4, dies eher am oberen Ende, belegen lässt. Besonders die medizinischen Inhalte in den Bereichen Therapie, Diagnostik, Prävention und Notfälle im Vergleich zu anderen (zum Teil spezialisierteren) Ausbildungen im Gesundheitswesen sind sehr breit und vielseitig angelegt und könnten daher auch eine höhere Stufe bedingen. Vertieftes fachtheoretisches Wissen entsprechend den Vorgaben der Niveaustufe 5 ist nach Ausbildungsabschluss in einzelnen und / oder spezialisierten (z. B. Augenheilkunde) Bereichen bereits vorhanden.
Neben praktischen Fertigkeiten sind aufgrund von Strukturveränderungen im Gesundheitswesen zunehmend kognitive Fertigkeiten und Orientierungswissen wichtiger. Veränderungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. durch neue Kooperationsformen und Vernetzung, veränderte Leistungskataloge

und Zuzahlungsregelungen, Änderungen im Gebührenrecht etc. haben auch Auswirkungen auf den Tätigkeitsbereich einer MFA. Die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen ist zum Verständnis ärztlicher Entscheidungen, zur professionellen Patientenbetreuung und Praxisorganisation zwingend nötig. Auch in dieser Kategorie scheint eine Einordnung im oberen Bereich der Niveaustufe 4 daher angemessen.
Zusätzlich gibt es weitere Kompetenzbeschreibungen, die sich auf die Kommunikation mit Patienten beziehen, die aber aufgrund der Berufsbildpositionen der Kategorie Fachkompetenz auf Stufe 4 zugeordnet wurden.
Bei der zweiten Beurteilung wurde nur bzgl. der Fachkompetenz eine Abweichung geltend gemacht. Hier wurde festgestellt, dass ca. eine Hälfte der Lernfelder der Niveaustufe 3, die andere Hälfte der Stufe 4 zuzuordnen sind. Ausschlaggebend für die Zuordnung zur Niveaustufe 4 war die Relation einzelner Lernergebnisse zur Gesamtmenge und die Tatsache, dass Fertigkeiten beschrieben sind, für die erhebliches Fachwissen vorausgesetzt werden muss, auch wenn dieses nicht explizit genannt ist.

Die Zuordnung zur Niveaustufe 4 wurde mehrheitlich von der Gruppe befürwortet. Drei Arbeitsgruppenmitglieder stimmten nicht zu. Eines der ablehnenden Voten bezog sich auf den Vorbehalt der konsistenten Zuordnung aller Bildungsgänge.

Probleme:
Wie können Niveauunterschiede zwischen der Berufseingangsphase und nach langjähriger Berufserfahrung mit Aufstiegsfortbildungen ausreichend bei der Einstufung berücksichtigt werden?
Die besonderen Anforderungen an MFA, z. B. an die Sorgfaltspflichten im Bereich der Assistenz bei Diagnostik und Therapie (bei der Durchführung von Hygienemaßnahmen und Laboruntersuchungen, bei der Befunddokumentation) werden bei den Deskriptoren nicht ausreichend berücksichtigt.

Verwendete Quellen:
- Verordnung über die Berufsausbildung zum / zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I, S. 1097)
- Rahmenlehrplan für den Berufsschulunterricht
- Musterprüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten / der Medizinischen Fachangestellten, BÄK 2006

Betriebswirt/in für Management im Gesundheitswesen

Der Zugang zur Fortbildungsprüfung setzt eine abgeschlossene Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder einen bundes- und landesrechtlich geregelten Beruf im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Veterinärwesen voraus. In der Regel schließt sich an die erste Ausbildung eine mehrjährige Phase der Berufstätigkeit an, in der / die künftige Betriebswirt/in Fertigkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen erwirbt, die weit über das Niveau einer abgeschlossenen Ausbildung hinausgehen. In Verbindung mit der notwendigen überdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft ist im Ergebnis deshalb der / die Betriebswirt/in einer Bachelor-Qualifikation eines Berufsanfängers mindestens ebenbürtig, wobei eingewendet wird, dass das reflexive Element der Hochschulbildung fehle.
Die Prüfung belegt, dass es sich bei der Fortbildungsregelung um einen Aufstiegsberuf mit anspruchsvollem Niveau handelt. Die Kompetenzen befähigen dazu, in größeren Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens Sachbearbeitungs-, Organisations- und Leitungsaufgaben wahrzunehmen und sich auf verändernde Methoden und Systeme der Betriebs- und Arbeitsorganisation, neue Methoden der Organisationsentwicklung, des Personal- und Ausbildungsmanagements flexibel einzustellen sowie den organisatorischen und technischen Wandel in der Einrichtung mitzugestalten und zu fördern. Hinzu kommen neue Aufgabengebiete, Aufgabenverlagerungen und Anforderungen sowie die Delegation von Tätigkeiten mit größerer Verantwortung.
Eine zweite Begutachtung der Ordnungsmittel bestätigt die Beurteilung. Die Absolventen müssen Ausbildung planen, übernehmen Führungspositionen und Aufgaben aus dem Bereich Qualitätsmanagement.

Die Arbeitsgruppe sprach sich mehrheitlich mit drei Gegenstimmen und einer Enthaltung für eine Zuordnung zur Niveaustufe 6 aus.

Verwendete Quellen:
- Besondere Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung zur „Betriebswirtin / [zum] Betriebswirt für Management im Gesundheitswesen“ der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe vom 26. November 2004, nach Genehmigung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW veröffentlicht am 17. August 2005 im Ministerialblatt für das Land Nordrhein Westfalen

Facharzt / -ärztin für Augenheilkunde

Aufbauend auf ein Medizinstudium mit sechsjähriger Mindeststudienzeit und erfolgreich absolviertem Staatsexamen sowie nach Erteilung der Approbation (staatliche Zulassung zur Berufsausübung als Arzt / Ärztin) erfolgt eine mindestens fünfjährige Weiterbildung im stationären, optional teilweise auch im ambulanten Bereich. Ziel ist die Erlangung der Facharztkompetenz nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit von 60 Monaten und der Weiterbildungsinhalte.
Die allgemeinen Inhalte der Facharztweiterbildung wurden den Kategorien „Wissen“ und „Fertigkeiten“ insgesamt zugeordnet, da sie sowohl umfassendes, detailliertes und insbesondere spezialisiertes Wissen auf dem neuesten Erkenntnisstand in der Medizin und angrenzenden Fächern als auch spezialisierte Fertigkeiten, beides im Sinne der Vertiefung gem. § 4 III WBO ([Muster-]Weiterbildungsordnung) erfordern. Darüber hinaus wurden spezielle Weiterbildungsinhalte des Gebietes Augenheilkunde als Spezialkenntnisse insbesondere der Kategorie „Wissen“ zugeordnet.
Andere spezielle Weiterbildungsinhalte des Gebietes Augenheilkunde wurden insbesondere der Kategorie „Fertigkeiten“ zugeordnet, da sie spezialisierte Fertigkeiten erfordern und die Entwicklung, Anwendung und ggf. auch Bewertung neuer und neuester Verfahren voraussetzen.
Einige allgemeine Inhalte der Weiterbildung wurden wegen der Anforderungen an Führungs-, Kommunikations- und Gestaltungsfähigkeiten in der Anwendung (Führung bereichsspezifischer wie auch übergreifender Diskussionen, Vertretenmüssen von Arbeitsergebnissen) der Kategorie „Sozialkompetenz“ zugeordnet, dabei gab es teilweise Überschneidungen mit Fachkompetenz.
Weitere allgemeine Inhalte der Weiterbildung wurden wegen des Erfordernisses der selbstständigen Definition von Zielen und der Erschließung von Wissen für neue Aufgaben unter Reflexion der möglichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Auswirkungen der Kategorie „Selbstkompetenz“ zugeordnet, auch hier sind teilweise Überschneidungen mit Fachkompetenz möglich.

Die Gruppe votierte einstimmig für eine Zuordnung zur Niveaustufe 7.

Probleme:
Im Anschluss an die obige Zuordnungsbegründung stellt sich die Frage, inwieweit die ausgewerteten Quellentexte und hier insbesondere die WBO (+ Richtlinien und Logbücher) mit den Deskriptoren der DQR-Matrix überhaupt abgleichbar sind. Letztere sind zumindest im Bereich der Niveaustufe 7 erkennbar nicht auf eine weitere (in erster Linie fachliche) Spezialisierung zugeschnitten. Zur Erreichung der nächsten Niveaustufe (8) werden wissenschaftliche Kompetenzen gefordert, die sich aber in der WBO nicht niederschlagen. Hier ist zu beachten, dass es Fachärzte gibt, die zwar promoviert haben, aber nicht wissenschaftlich tätig sind, während andere Fachärzte im Forschungsbetrieb tätig sind, aber keine Promotion vorweisen können. Fraglich ist, nach welchen Kriterien in diesen Fällen eine Zuordnung in Stufe 7 oder 8 erfolgen soll. Denkbar wäre, eine Erweiterung der Niveaustufe 8 im Hinblick auf hochgradige Spezialisierungen ohne direkten Forschungsbezug (Wissenschaftlichkeit) vorzunehmen. Der Gedanke des eigentlich angedachten Grundprinzips des DQR „wichtig ist, was jemand kann und nicht, wo er es gelernt hat“ spiegelt sich hier in der Matrix nicht wider (Stichwort „lebenslanges Lernen“).

Verwendete Quellen:
- (Muster-)Weiterbildungsordnung (WBO) und (Muster-)Richtlinien sowie (Muster-)Logbuch
- Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO) in der Fassung vom 01. Oktober 2003
- Bundesärzteordnung (BÄO)
- Heilberufe- und Kammergesetze der Länder

Vorbemerkung: Bachelor, Master, Promotion

Die Niveauzuordnungen der Abschlüsse der Hochschulbildung werden durch den EQR bereits grundsätzlich definiert. Bei der Untersuchung, ob die DQR-Deskriptoren (Stufe 6 bis 8) für die Zuordnung der Hochschulbildung geeignet sind, kann die Eignung der Deskriptoren und Angemessenheit der Zuordnungen prinzipiell bestätigt werden, wobei eine engere Anbindung der Deskriptoren an den Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse empfohlen wird. Da alle akkreditierten Studiengänge lernergebnisorientiert und modular beschrieben sind, ergeben sich bei der Zuordnung keine größeren Probleme. Trotzdem müssen auch innerhalb dieses Bildungsbereichs die Niveaustufen als breites Spektrum interpretiert werden. Drei- und vierjährige Bachelor werden bspw. auf einer Stufe eingeordnet. Derzeit wird keine nennenswerte Diskussion über die Vergleichbarkeit von universitären und fachhochschulischen Bachelor- und Masterstudiengängen (auch international), d. h. von Universitäts- oder FH-Abschlüssen, geführt.
Eine Sonderstellung nimmt der Staatsexamensstudiengang Medizin ein. Obwohl es sich um einen nicht akkreditierten Studiengang handelt, wurde er aufgrund seiner Relevanz für den Bereich in die Betrachtung einbezogen.

Dualer Bachelor-Studiengang Pflege (B. Sc.), Hochschule München

Der duale Studiengang Pflege entspricht dem Niveau 6 der aktuellen Fassung des DQR in allen vier Säulen. Der Studiengang ist so beschrieben, dass von den Personen, die ihn durchlaufen und mit Erfolg abschließen, angenommen werden kann, dass sie umfassende fachliche Aufgaben und Problemstellungen im Pflegeberuf bewältigen können, und zwar auf einem komplexen und auch durch Veränderungen gekennzeichneten Niveau. Es darf davon ausgegangen werden, dass die Absolventen über Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Steuerung einschlägiger beruflicher und kommunikativer Prozesse verfügen. Dies alles ist zum einen belegbar anhand einzelner Modulbeschreibungen, die sehr konsequent nach Lernergebnissen bzw. kompetenzorientiert aufgebaut sind, und zum anderen (teils aufgrund einzelner Nennungen, teils auch implizit) anhand allgemeiner Beschreibungen und des Gesamtkonzepts des Studienganges wie im Modulhandbuch beschrieben. Als zusätzlicher Hinweis wurde die erfolgte Akkreditierung des Studienganges berücksichtigt und zwar im Hinblick auf die Vergleichbarkeit des Studienganges mit anderen Bachelorstudiengängen, insbesondere auch was die Studierbarkeit und die Glaubwürdigkeit der im Modulhandbuch des Studienganges angeführten Kompetenzbeschreibungen betrifft.
Eine zweite Begutachtung, die zusätzlich die Anforderungen aus dem Krankenpflegesetz einbezieht, bestätigt die Zuordnung bzgl. der Kategorie Wissen, nicht jedoch bzgl. der drei anderen Kategorien, da sich diese aus den zugrunde liegenden Quellen nicht genügend belegen lassen. Empfohlen wird daher, weitere Begründungen z. B. mit Hilfe des Modulhandbuchs nachzuliefern. Dies scheint bei einem dualen Studiengang in Abgrenzung zur Berufsausbildung nach KrPflG an Krankenpflegeschulen und zu anderen Studiengängen ohne zusätzlichen Berufsabschluss besonders wichtig.

Die Zuordnung zur Niveaustufe 6 wurde von der Gruppe einstimmig mit einer Enthaltung getroffen. Sie erfolgte auf der Basis: 1. der Ordnungsmittel, 2. der Würdigung der vorhandenen Dokumente und 3. des Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse. Ein zustimmendes Votum basierte auf der Tatsache, dass Bachelorstudiengänge nach dem Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse dem Niveau 6 zugeordnet werden.

Verwendete Quellen:
- Modulhandbuch des dualen Bachelor-Studiengangs Pflege, Hochschule München, Januar 2008
- Studien- und Prüfungsordnung des dualen Bachelor-Studiengangs Pflege, Hochschule München
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I, S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 12 a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I, S. 1990)
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003 (BGBl. I, S. 2263), zuletzt geändert durch Art. 35 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I, S. 2686)

Bachelor Gesundheitsökonomie (B. Sc.), Universität Bayreuth

Die Prüfung des Bachelor-Studiengangs Gesundheitsökonomie erfolgte zunächst für jedes Modul des Modulhandbuchs einzeln anhand der vier Kategorien des DQR. Anschließend wurden je Modul die Einordnungen in die Niveaustufen verglichen. Bei gleicher Zuordnung von Wissen, Fertigkeiten, Sozial- und Selbstkompetenz oder derjenigen Kompetenzen, die aus dem Modulhandbuch zugeordnet werden konnten, wurde die Niveaustufe des Moduls entsprechend festgelegt. Bei abweichender Zuordnung wurde eine Wertigkeit bestimmt: Das Niveau, das am häufigsten vertreten war, wurde für das Modul festgelegt. Gab es eine gleiche Anzahl von Festlegungen in benachbarte Niveaustufen, erfolgte die Orientierung an der Art der Lehrveranstaltung und der fachlichen Relevanz.
Aus dem Modulhandbuch konnte die Kategorie Wissen für fast jedes Modul, die Kategorie Fertigkeiten häufig zugeordnet werden. Eine Ausweisung der Sozialkompetenz war selten, die der Selbstkompetenz kaum vorhanden.
Die Studienordnung des Bachelor-Studiengangs Gesundheitsökonomie wurde unabhängig vom Modulhandbuch auf die Einordnung in die einzelnen Kategorien hin geprüft. Hier konnten sämtliche Fach- und personalen Kompetenzen zugeordnet werden.

Die Einordnungen der Module des Modulhandbuches sowie die Ergebnisse der Auswertung der Studienordnung in die jeweiligen Niveaustufen gaben den Ausschlag für die Gesamteinordnung des Studiengangs. Anhand beider unabhängig voneinander erfolgter Zuordnungen ergab sich eine Zuordnung zur Niveaustufe 6. Diese wurde von der Gruppe konsensual bestätigt.

Verwendete Quellen:
- Modulhandbuch des Bachelor-Studiengangs Gesundheitsökonomie, Universität Bayreuth
- Studienordnung des Bachelor-Studiengangs Gesundheitsökonomie, Universität Bayreuth vom 15. September 2006 in der Fassung der Änderungssatzung vom 10. Oktober 2007

Master of Science Public Health (M. Sc.), Universität Düsseldorf

Die Prüfung des Masterstudiengangs Public Health an der Universität Düsseldorf anhand der vorliegenden Ordnungsmittel und weiteren Dokumente ergibt hinsichtlich der Kategorie Wissen eine eindeutige Zuordnung zur Niveaustufe 7. Auch im Bereich der Fertigkeiten weisen die zugrunde gelegten Materialien auf eine dieser Niveaustufe entsprechenden Kompetenzvermittlung hin. Vereinzelt reichen die Formulierungen sogar an Niveau 8 heran. Zur personalen Kompetenz und speziell zur Sozialkompetenz finden sich in den benutzten Materialien nur spärliche Hinweise. Auch zur Selbstkompetenz gibt es kaum konkrete, eher implizite Hinweise. Soweit sie benannt sind, begründen sie aber eine Zuordnung zu Niveau 7.
Geht man von der partikularen Analyse der einzelnen Module zu einer globalen Betrachtung des Studienganges über und zieht den Akkreditierungsantrag mit ein, zeigt sich der hohe Anspruch des Studienganges noch deutlicher, denn das erfolgreiche Durchlaufen des Studienganges setzt bei merklicher Breite des Wissens auch eine erhebliche Tiefe voraus. Daraus und aus den ausdrücklich genannten Fertigkeiten ergibt sich auch, dass das Erreichen wesentlicher personaler Kompetenzen, wie unter Niveau 7 benannt, unterstellt werden darf.
Der hohe Grad an beruflicher Einmündung des Vorgängerstudienganges spricht zudem für die hohe Akzeptanz der Absolventen im einschlägigen Arbeitsmarkt.

Auch wenn sich für den Bereich der Selbstkompetenz die einschlägigen Formulierungen nicht in den Ordnungsmitteln finden lassen, verständigte sich die Arbeitsgruppe auf die Zuordnung zur Niveaustufe 7.

Probleme:
Es stellt sich hier die generelle Frage, wie stark die Zuordnung von der sprachlichen Ausgestaltung der Ordnungsmittel und sonstigen Dokumente abhängt. Reicht es aus, die Ordnungsmittel mit bestimmten Niveau indizierenden Begriffen auszustatten, um die Zuordnung zu einem gegebenen DQR-Niveau zu gewährleisten? Darf andererseits die Nicht-Nennung bestimmter Kompetenzziele ernsthafte Zweifel an einer Niveauzuordnung rechtfertigen?

Verwendete Quellen:
- Akkreditierungsantrag für den weiterbildenden Masterstudiengang (Auszug) der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

- Studienordnung (allgemeiner Teil)
- Modulbeschreibungen (in einer Internetrecherche als einzelne Dokumente gefunden, offenbar für das WS 09 / 10 geltend)
- Ordnung zur Feststellung der besonderen Eignung für den weiterbildenden Masterstudiengang (M. Sc.) der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Approbation für Ärzte

Die Auswertung der Approbationsordnung ergibt für die Kategorien Wissen, Fertigkeiten und Selbstkompetenz eine Zuordnung zur Niveaustufe 7. Die Kategorie Sozialkompetenz wird der Niveaustufe 6 zugeordnet. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Kategorie Sozialkompetenz in den oberen Niveaus des DQR zu stark auf Führungsverhalten abhebt, die Wahrnehmung von Managementaufgaben jedoch nicht Ziel der Arztausbildung ist.

Die Qualifikation wurde von der Arbeitsgruppe konsensual in der Gesamtschau der Niveaustufe 7 zugeordnet.

Verwendete Quellen:
- Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I, S. 2405), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I, S. 2495) geändert worden ist

Promotion Fakultät Elektrotechnik und Informationstechnik der Technischen Universität Dresden

Die Voraussetzungen zur Zulassung für eine Promotion an der Technischen Universität Dresden in der Fakultät Elektrotechnik und Informationstechnik wurden mit der Niveaustufe 7 beschrieben.

Im Promotionsstudium werden Kenntnisse und Fähigkeiten der Studenten hinsichtlich einer vielseitigen Persönlichkeitsbildung vertieft sowie qualifizierter und zielstrebiger wissenschaftlicher Nachwuchs ausgebildet (vgl. Studienordnung § 3).
Eine Zuordnung zur Niveaustufe 8 wurde anhand der vorliegenden Quellen für jede Kategorie des DQR schriftlich dargelegt. Die Begründungen wurden in der Untergruppe vorab bestätigt, wobei Konsens darüber bestand, dass die Einschätzung nur für den hier betrachteten Studiengang gilt und darüber hinaus keine Allgemeingültigkeit für Promotionen haben kann.
In der Gesamtgruppe findet aus Gründen der Zeitökonomie eine detaillierte Diskussion zu den einzelnen Kompetenzbereichen nicht statt.

Unter anderem basierend auf der eher pragmatischen Überlegung, dass die Niveauzuordnungen der Abschlüsse der Hochschulbildung bereits durch den EQR grundsätzlich definiert sind, wurde der Promotionsstudiengang Elektrotechnik (u. a. am Institut für Biomedizinische Technik) der Technischen Universität Dresden konsensual der Niveaustufe 8 zugeordnet.

Verwendete Quellen:
- Studienordnung für das Promotionsstudium „Elektrotechnik“ der Technischen Universität Dresden
- Promotionsordnung der Fakultät Elektrotechnik der Technischen Universität Dresden
- Verfahrensrichtlinien zum Promotionsstudium „Elektrotechnik“ der Technischen Universität Dresden

Tabelle 2: Übersicht über die getroffenen Zuordnungsvorschläge

Bildungsgänge	Begründung für die Zuordnung	Gegenargumente	Niveau-stufe
Berufvorbereitungsjahr Gesundheit und Pflege (2-jährig)	Die Zuordnung ist über den Niveau-indikator und die Deskriptoren an-hand der Ordnungsmittel belegt.	Die Trennung von Wissen und Fertigkeiten war an man-chen Stellen problematisch.	**2**
Berufsfachschule Staatlich geprüfte/r Pflegefach-helfer/in (Altenpflege)	Die Tätigkeit erfolgt unter Auf-sicht einer Pflegekraft. Dennoch ist selbstständiges Handeln und Entscheiden in der pflegerischen Arbeit erforderlich. Hohe Anforde-rungen werden an Teamfähigkeit und Reflexionsvermögen gestellt.	Das Gros der Ordnungsmittel war nicht nutzbar, daher wur-de zusätzlich auf Unterlagen zur Neuordnung der Ausbil-dung und den Inputfaktor „Dauer der Ausbildung“ zu-rückgegriffen.	**3**
Berufsfachschule Gesundheits- und Krankenpflege (3-jährig)	Integriertes Fachwissen bzw. ver-tieftes fachtheoretisches Wissen ist vorhanden. Komplexe Anfor-derungen werden gestellt durch hohes Maß an Selbstständigkeit und Verantwortung, nach nicht klaren Vorgaben handeln zu müs-sen, sich ständig wechselnden Situationen zu stellen und die Regeln der individuellen Pflege-situation anzupassen.	Das Zuordnungsergebnis lag in einer Bandbreite basierend auf den unterschiedlichen Kriterien 1. Interpretation der Ordnungsmittel, 2. ord-nungspolitische Verortung, 3. genereller Vorbehalt der Konsistenz der Zuordnung aller Berufe.	**5**
Berufsfachschule Physiotherapeut/in (3-jährig)	Die Zuordnung ist anhand der Ord-nungsmittel für Stufe 5 belegt. In allen Säulen kann Handlungskom-petenz, in einzelnen Aspekten bzgl. der Selbstkompetenz vollständig der Stufe 6 zugeordnet werden.	Es gab Differenzen bei der Interpretation von „integrier-tem Fachwissen“, Grad der „Selbstständigkeit“ im Ver-hältnis zu den Anordnungen des Arztes, wann werden „ein-fache“ bzw. „umfassende“ Transferleistungen erbracht.	**5**
Duale Ausbildung Medizinische/r Fachangestellte/r (3-jährig)	Gegenüber anderen z. T. spezialisierteren Ausbildungen im Gesund-heitsbereich ist die Qualifikation sehr breit und vielseitig angelegt. Bzgl. aller Kategorien ist eine Zuordnung zur Stufe 4 begründet. Z. T. ist eine höhere Zuordnung bzw. eine Zuordnung im oberen Bereich der Stufe zu rechtfertigen.	Bzgl. der Fachkompetenz wurde festgestellt, dass die Hälfte der Lernfelder der Stufe 3, die andere Hälfte der Stufe 4 zuzuordnen sind. Aus der Ableitung der Fertig-keiten, für die Fachwissen vorausgesetzt wird, ist insge-samt Stufe 4 begründet.	**4**
Geregelte Fort- und Weiter-bildung Betriebswirt/in für Management im Gesundheitswesen	Der Zugang zur Prüfung setzt eine abgeschlossene Ausbildung vor-aus, im Regelfall liegt danach eine mehrjährige Berufstätigkeit vor. Die Prüfung belegt die Befähigung zur Wahrnehmung von Leitungs-aufgaben in größeren Einrich-tungen sowie die Mitgestaltung des organisatorischen und technischen Wandels.	keine	**6**
Geregelte Fort- und Weiter-bildung Facharzt / -ärztin für Augenheil-kunde	Mit der Weiterbildung werden um-fassendes, detailliertes und spezia-lisiertes Wissen auf dem neuesten Erkenntnisstand der Medizin und	Ein Abgleich der Kompeten-zen (in erster Linie fachliche Spezialisierung) mit den De-skriptoren der Niveaustufe 7	**7**

	angrenzenden Fächern sowie Fertigkeiten erworben.	war schwierig. Zum Erreichen der nächsten Niveaustufe werden wissenschaftliche Kompetenzen gefordert, die sich anhand der Quellen nicht belegen lassen. Denkbar wäre eine Erweiterung der Stufe 8 im Hinblick auf hochgradige Spezialisierung ohne direkten Forschungsbezug.	
Dualer Bachelor-Studiengang (B. Sc.) Pflege Hochschule München	Die Erfüllung umfassender fachlicher Aufgaben und Problemstellungen auf einem komplexen, durch Veränderungen gekennzeichneten Niveau wurde anhand der Quellen bestätigt, ebenso wie das Vorhandensein von Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Steuerung einschlägiger beruflicher und kommunikativer Prozesse.	Bei Einbeziehung der Anforderungen des Krankenpflegegesetzes kann die Zuordnung bzgl. der Kategorie Wissen bestätigt werden. Bzgl. der übrigen drei Kategorien müsste zusätzlich zur Studien- und Prüfungsordnung das Modulhandbuch zu Grunde gelegt werden.	**6**
Bachelor (B. Sc.) Gesundheitsökonomie Universität Bayreuth	Die Zuordnung erfolgte parallel anhand des Modulhandbuchs und der Studienordnung. Beide unabhängig voneinander ermittelte Ergebnisse belegen die Zuordnung.	keine	**6**
Master (M. Sc.) Public Health Universität Düsseldorf	Für die Kategorien Wissen und Fertigkeiten ergeben sich klare Zuordnungshinweise. aus den Quellen. Die Zuordnung von Sozial- und Selbstkompetenz erfolgt im Rückschluss über die ausdrücklich genannten Fertigkeiten.	Generell stellte sich die Frage, wie stark die Zuordnung von der sprachlichen Ausgestaltung der Ordnungsmittel und sonstigen Dokumenten abhängt.	**7**
Approbation für Ärzte	Für die Kategorien Wissen, Fertigkeiten und Selbstkompetenz erfolgt eine klare Zuordnung zur Niveaustufe 7 ebenso wie die Gesamtbetrachtung, obwohl die Kategorie Sozialkompetenz der Stufe 6 zuzuordnen ist.	Gründe für die Beurteilung der Kategorie Sozialkompetenz liegen in der zu starken Ausrichtung der Deskriptoren in den oberen Niveaus auf Führungsverhalten.	**7**
Promotion Fakultät Elektrotechnik und Informationstechnik der Technischen Universität Dresden (erarbeitet im Institut für Biomedizinische Technik)	Im Promotionsstudium werden Kenntnisse und Fähigkeiten hinsichtlich einer vielseitigen Persönlichkeitsbildung vertieft und qualifizierter und zielstrebiger wissenschaftlicher Nachwuchs ausgebildet. Anhand der Quellen wurde die Zuordnung für jede Kategorie dargelegt.	Die Einschätzung gilt für den betrachteten Studiengang und besitzt keine Allgemeingültigkeit. Aus Zeitgründen fand in der Gesamtgruppe keine detaillierte Diskussion zu einzelnen Kompetenzbereichen statt.	**8**

I.2 Beurteilung des Matrix-Entwurfs

Die Zuordnung von Qualifikationen zum DQR-Entwurf diente dem Ziel, die Matrix in praktischer Anwendung zu testen und Hinweise zur Beurteilung von Aufbau, Struktur und einzelnen Deskriptoren zu erhalten. Im Folgenden werden die Anmerkungen der AG Gesundheit zusammengefasst wiedergegeben. Nicht alle Inhalte, die in den Fragen zur Matrix thematisiert werden, konnten in der AG vertiefend diskutiert werden. Daher bildet die nachfolgende Zusammenfassung kein einheitliches Gruppenvotum ab. In einigen Fällen

finden sich sogar gegensätzliche Auffassungen wieder. Der Anhang C.I enthält die einzelnen Antworten im Wortlaut.

I.2.1 Grundsätzliche Anmerkungen zum Aufbau und der Struktur

Ist die Anzahl der Niveaustufen angemessen?

- Die Zahl der Niveaustufen ist ausreichend.
- Jede Stufe bildet eine Spannbreite ab. Günstig ist die gerade Anzahl der Stufen. Die insgesamt 32 Deskriptoren erlauben eine angemessene Differenzierung.

Wird die Graduierung deutlich? An welchen Stellen ist dies nicht der Fall?

- Die aufsteigende Graduierung wird deutlich.
- Die Trennschärfe zwischen den Graduierungen ist mitunter nicht eindeutig.
- Die Abgrenzungen der Niveaus in der Kategorie Selbstkompetenz sind nicht immer nachvollziehbar. Insbesondere erscheint die Unterscheidung zwischen den Niveaustufen 5 und 6 diffus.
- Hilfreich wären typische Beispiele outcome-orientierter Lernergebnisse ergänzend zur Erklärung der Niveauindikatoren und Deskriptoren, insbesondere für die Niveaustufen 3 bis 5.
- Die Kompetenzbeschreibungen zu den Niveaustufen erscheinen insgesamt zu flach und eindimensional, es fehlen erläuternde bzw. spezifizierende Verben. Das Glossar wäre dahingehend zu erweitern. Anleihen dafür könnten bei den kompetenzorientierte Operatorenlisten für die Hauptfächer des Abiturs erfolgen.

Werden die einzelnen Niveaustufen als konsistent beurteilt, oder wurden Ungleichgewichte beobachtet?

- Bzgl. Wissen und Fertigkeiten werden die Niveaus als konsistent beurteilt.
- Da in den Ordnungsmitteln häufig nur wenige bzw. kaum Aussagen zur Sozial- und Selbstkompetenz zu finden waren, kann hier aufgrund mangelnder praktischer Anwendung keine Aussage zur Konsistenz getroffen werden. Da Sozial- und Selbstkompetenz sowohl in der Ausbildung als auch in der Berufsausübung eine besondere Bedeutung zukommt, kann die unzureichende Abbildung zu einer fehlerhaften Gewichtung bei der Niveauzuordnung führen.

Kommt es zu Redundanzen? Könnte auf bestimmte Kategorien ganz verzichtet werden? Oder werden umgekehrt bestimmte Aspekte des Bildungssystems durch die DQR-Deskriptoren nicht hinreichend abgebildet?

- Die personale Kompetenz bezieht sich im DQR nur auf Teambeziehungen. In den Gesundheitsberufen geht es aber vor allem um Beziehungen zu anderen Menschen, um den Umgang mit Patienten und Klienten. Daher wird die spezifische Sozialkompetenz der Tätigkeiten im Gesundheits- und Pflegebereich in den Deskriptoren nicht angemessen abgebildet. Die Kategorie sollte daher um weitere Kriterien ergänzt werden, damit die besonderen ethischen und interaktionalen Anforderungen und die hohe Verantwortung bei Gesundheitsberufen angemessen berücksichtigt werden.
- Sozial- und Selbstkompetenz sind ab Niveaustufe 6 zu stark auf das Führungsverhalten ausgerichtet. Eine Erweiterung der Sozialkompetenz um klienten- und patientenbezogene Aspekte wie Empathie, Verantwortung, kommunikative und edukative Kompetenz ist erforderlich.
  So ist es zum Beispiel nicht das Ziel der Arztausbildung, auf die Wahrnehmung von Managementaufgaben vorzubereiten („Gruppen und Organisationen im Rahmen komplexer Aufgabenstellungen verantwortlich zu leiten“ [Sozialkompetenz Niveau 7] oder „für neue anwendungs- oder forschungsbezogene Aufgaben Ziele unter Reflexion der möglichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Auswirkungen zu definieren“ [Selbstkompetenz Niveau 7]). Während die Arztausbildung bzgl. Wissen und Fertigkeiten dem Niveau 7 zugeordnet werden kann.
- Emotionale, ethische, ästhetische, motorische Aspekte und interkulturelle, kulturelle Kompetenz, Orientierungskompetenz, Utopiekompetenz, Bürgerkompetenz, fremdsprachliche Kompetenz, Eigeninitiative und unternehmerische Kompetenz werden nicht genügend abgebildet.

Welche Kategorien oder Subkategorien haben für die Zuordnungsarbeit eine besonders wichtige Rolle gespielt?

- Aufgrund der in den Ordnungsmitteln fehlenden oder nur geringen Aussagen zur Sozial- und Selbstkompetenz waren die Kategorien Wissen und Fertigkeiten wichtiger für die Zuordnung.
- Fertigkeiten und die Vorstellungen von den zu lösenden Problemen und der Aufgabenbeschreibung im beruflichen Alltag gaben den Ausschlag bei der Zuordnung.
- Inhalte und Methoden (Fachkompetenz), an denen die Sozial- und Selbstkompetenz eingeübt wird, bedingen die Niveauzuordnung.
- Keine der Kategorien oder Subkategorien hat für die Zuordnungsarbeit eine besonders wichtige Rolle gespielt, dies war eher bzgl. der Niveauindikatoren der Fall.

Welche Erfahrungen mit der Gewichtung der Teilergebnisse wurden gesammelt, wenn die Zuordnungen in den verschiedenen Säulen des DQR nicht gleichläufig waren? Welche Rolle hat dabei der Niveauindikator gespielt?

- Die Orientierung erfolgte anhand der Säulen „Wissen“ und „Fertigkeiten“, bei unterschiedlicher Beurteilung war ihre Bedeutung für die berufliche Tätigkeit entscheidend.
- Bei abweichender Zuordnung in den Säulen bestimmte das Niveau, das am häufigsten vertreten war, die Zuordnung (siehe Kapitel I.1.2, S. 30: Erläuterungen des Drei-Schritte-Systems).
- Die Niveauindikatoren waren bei der Gesamtbewertung über die einzelnen Kompetenzsäulen hinweg hilfreich.

Ist eine Typisierung von Qualifikationen möglich (so dass Zuordnungen für den jeweiligen Qualifikationstyp erfolgen) oder müssen alle Qualifikationen einzeln betrachtet werden?

- Für Qualifikationen im Hochschulbereich wurde bereits typisiert verfahren.
- Die Qualifikationen sollten einzeln betrachtet werden, damit es zu keiner Mischung der Zuordnungskriterien kommt, darüber hinaus wird die Akzeptanz erhöht. Gleichwohl scheint eine Typisierung im Bereich der Gesundheitsberufe nach festzulegenden Kriterien möglich. Dabei würden zwangsläufig, wegen der nur ansatzweise vorhandenen Output-Orientierung der Ordnungsmittel, auch Strukturmerkmale der Ausbildung (z. B. Zugang / Dauer) eine Rolle spielen.
- Das Handbuch sollte Beispiele für Qualifikationstypen enthalten (siehe auch Anhang C.I.2, S. 76: ausführliche Empfehlungen für Handbuch).

Wie werden die Abstände zwischen den Niveaustufen beurteilt? Besteht Äquidistanz? Wenn nicht: wird darin ein Problem gesehen? Wurden „Lücken“ auf der einen Seite, Überdifferenzierungen auf der anderen Seite konstatiert?

Es besteht keine Äquidistanz, wegen fehlender „messbarer“ Operationalisierungen.

Wird die Gleichwertigkeit zwischen allgemeiner, beruflicher und Hochschulbildung angemessen zum Ausdruck gebracht? Sind die in der Matrix verwendeten „Parallelformulierungen“ hierfür hinreichend? Werden die Formulierungen als konsistent erlebt, oder werden Brüche konstatiert?

- Der Gleichwertigkeit wird Rechnung getragen.
- „Parallelformulierungen“ lassen eine Abbildung auf einem gemeinsamen Niveau zu.
- Aufgrund unklarer Begrifflichkeiten in den Kategorien wird eine Überbewertung der Allgemeinbildung im Verhältnis zu dualen und fachschulischen Ausbildungen möglich. Dies belegen die Zuordnungsvorschläge des Schulausschusses.
- Die Deskriptoren sind als allgemeinbildungs- bzw. wissenschaftslastig einzuschätzen. Die im DQR-Entwurf enthaltenen „Parallelformulierungen“ lassen eine Abbildung auf einem gemeinsamen Niveau nicht zu. Die Anforderung des Niveaus 8 ist selbst im Kompetenzbereich „Fertigkeiten“ von Berufsangehörigen ohne Hochschulausbildung schwerlich zu erfüllen.
- Bzgl. der Niveaustufen 6 bis 8 sollte nochmals eine Abstimmung mit den Deskriptoren des Qualifikationsrahmens für deutsche Hochschulabschlüsse erfolgen, dessen Formulierungen erscheinen z. T.

trennschärfer und aussagekräftiger, wobei zu beachten ist, dass es dem Hochschulrahmen an einer differenzierten Beschreibung beruflicher Kompetenzen mangelt.

Ist die Säulenstruktur des DQR angemessen? Ist die Aufteilung der personalen Kompetenz auf zwei Säulen angemessen, oder wird eine Drei-Säulen-Struktur analog zum EQR empfohlen?

- Die Vier Säulen-Struktur wird für sinnvoll erachtet.
- Die Aufteilung der personalen Kompetenz in Sozial- und Selbstkompetenz ist aussagekräftiger und stellt den Aspekt des lebenslangen Lernens stärker heraus.

Wie wird das Verhältnis des DQR zum Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse beurteilt?

Hinsichtlich der Niveaustufen 6 bis 8 sollte nochmals eine Abstimmung mit den Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse erfolgen. Die dort genutzten Beschreibungen erscheinen noch trennschärfer und aussagekräftiger als diejenigen in der DQR-Beschreibung.

I.2.2 Hinweise zu einzelnen Deskriptoren

Welche Formulierungen sind unverständlich oder erläuterungsbedürftig und sollten präzisiert werden? Welche Begriffe sollten zusätzlich ins Glossar aufgenommen werden?

- Begriffe, die die Niveaustufen voneinander abgrenzen, müssen erläutert werden (z. B. Wissen, Fachwissen, Grundlagenwissen oder elementar, grundlegend, erweitert, vertieft, umfassend).
- Formulierungen zu Sozial- und Selbstkompetenz sind im Glossar ausreichend, im Handbuch jedoch zu vertiefen (s. Anhang C.I.2, S. 75: Definitionsvorschläge).
- Beschreibungen kommunikativer Fähigkeiten fehlen und sollten ergänzt werden.
- Es mangelt an Trennschärfe der Niveauindikatoren und Deskriptoren zwischen Niveau 4 und 5 (siehe ausführliche Beispiele u. a.: „umfassend“, „komplex“, „übergreifend“, „breites Spektrum“ „sehr breites Spektrum“). Das Anführen typischer Beispiele outcome-orientierter Lernergebnisse würde zur Klarstellung beitragen.
- Die Beschreibung der Selbstkompetenz ist nicht umfassend genug, auf Niveaustufe 4 geht es z. B. nur um Lern- und Arbeitsziele.
- Was ist mit „spezialisierten Fertigkeiten“ gemeint?
- Eine Zuordnung einer Qualifikation ist ohne „Maß“ oder Vergleich nicht möglich bzw. dann völlig willkürlich.
- Wodurch unterscheidet sich fachtheoretisches Wissen vom integrierten beruflichen Wissen?
- Die Komponente der Wissensaktualität („neuestes Fachwissen“) ist schwer zu beurteilen. In der Regel dürfte dieser Aspekt nicht aus Modulbeschreibungen hervorgehen – muss also unterstellt werden.
- Was ist genau gemeint mit: „Umfang und Grenzen eines … beruflichen Tätigkeitsfeldes kennen“?
- Wo ist die Grenze zwischen „Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen“ und „umfassender Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen“?
- Was heißt: „Arbeitsprozesse übergreifend planen“?
- Wodurch unterscheidet sich „Transferleistungen erbringen“ von „umfassende Transferleistungen erbringen“?
- Die Niveaustufe 8 orientiert sich fast ausschließlich an dem Kriterium der Wissenschaftlichkeit. Dies hat zur Folge, dass Qualifikationen, die deutlich über die Niveaustufe 7 hinausgehen, aufgrund der fehlenden Wissenschaftlichkeit nicht dem Niveau 8 zugeordnet werden können. Gedacht ist hier z. B. an die Facharztausbildung oder den Fachanwalt. Diese erreichen im Rahmen ihrer Weiterbildung hochgradige Spezialisierungen, die jedoch keinen direkten Forschungsbezug haben und somit rein formal nicht dem höchsten Niveau zugeordnet werden können. Daher sollte ggf. eine Erweiterung der Kriterien für Niveau 8 erfolgen, z. B. in Spezialisierung und Handlungskompetenz, aber auch in Richtung Strategie- und Innovationsfähigkeit.

- Der Begriff „Wissenschaftsbasierung“ bedarf einer Klarstellung. Bezieht er sich auf die Lehrenden (wissenschaftsbasierte Vermittlung von Wissen) oder die Qualifikationsbasis der Lernenden? Mit dem Begriff allein kann keine Zuordnung zur Niveaustufe 6 abgeleitet werden.
- Ebenso strittig wird der Begriff „Handlungskompetenz“ gesehen. So verfügt z. B. ein Pflegewissenschaftler über wissenschaftliche Handlungskompetenz, aber nicht über praktische Handlungskompetenzen, ein Pfleger dagegen über praktische Handlungskompetenz, aber nicht über jene wissenschaftliche Kompetenz.

Ist die Fachkompetenz für den beruflichen Bereich angemessen graduiert?

Hilfreich wären typische Beispiele outcome-orientierter Lernergebnisse ergänzend zur Erklärung der Niveauindikatoren und Deskriptoren, insbesondere für die Niveaustufen 3 bis 5.

I.3 Summary

Aufgabe der Arbeitsgruppe Gesundheit war es, in der zweiten Erarbeitungsphase des DQR – parallel zu drei weiteren Arbeitsgruppen (Metall / Elektro, Handel und IT) – ausgewählte Qualifikationen des Bereichs Gesundheit dem DQR exemplarisch zuzuordnen und so die DQR-Matrix hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit zu überprüfen.
Nach der konstituierenden Sitzung im Mai 2009 fanden im Zeitraum bis Februar 2010 insgesamt vier Sitzungen statt.
Für die Zuordnungen wurden 12 Qualifikationen ausgewählt. Darunter befanden sich:
- ein Bildungsgang der Berufsvorbereitung,
- vollschulische Berufsausbildungsgänge,
- ein dualer Berufsausbildungsgang,
- geregelte Fort- und Weiterbildungen und
- Bildungsgänge an Hochschulen unter Einbeziehung eines dualen Studienganges.

Die Liste der betrachteten Qualifikationen ist unter Punkt I.1.2 angeführt. Die Ausarbeitungen zu den Qualifikationen befinden sich im Anhang C.I.1. Die allgemein bildenden Abschlüsse wurden im Schulausschuss der KMK bearbeitet.

Zunächst erfolgte eine Auswahl der zu prüfenden Qualifikationen. Die Entscheidung fiel zugunsten der unter quantitativen Kriterien relevantesten Bildungsgänge und trägt der besonderen Ausbildungssituation im Gesundheitsbereich Rechnung (überwiegend über Berufszulassungsgesetze und landesrechtlich geregelte Berufsausbildungen, wenig duale Ausbildungsberufe auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes).

Zur Erarbeitung der Vorschläge zur Niveauzuordnung und zur Erprobung der Brauchbarkeit des DQR-Entwurfs bildeten sich drei Unterarbeitsgruppen in bildungsbereichsübergreifender Zusammensetzung, die sich zunächst arbeitsteilig mit den vollqualifizierenden Erstausbildungsgängen, der geregelten Fort- und Weiterbildung und den Bildungsgängen an Hochschulen beschäftigten.

Grundlage der Zuordnungsarbeit bildeten die Ordnungsmittel bzw. Quelldokumente. Herangezogen wurden zunächst bundeseinheitliche Regelungen, erst danach griff man auf weitere Unterlagen wie Lehrpläne, Prüfungsordnungen und für die Hochschule auch Modulhandbücher zurück.

Festgestellt wurde, dass viele einschlägige Quellen noch nicht hinreichend detailliert outcome-orientiert formuliert sind, wodurch sich der Interpretationsrahmen bei einer Zuordnung wesentlich erweiterte. Einvernehmen bestand, die festgestellten Lücken bzgl. der Kompetenzbeschreibungen – zumindest in der derzeitigen Prüfphase – im Bedarfsfall durch ressourcenorientierte Inputfaktoren (*Workload* u. Ä.) sowie einzubringendes Expertenwissen zu ergänzen, wobei die angewandten (Input-)Kriterien offen zu legen waren.

Unter der Zielsetzung einer outcome-orientierten Zuordnung erfolgte die Auswertung der Dokumente durchgängig induktiv. Dabei wurde für jede der vier Kategorien zunächst eine eigene Prüfung vorgenommen. Bei unterschiedlichen Wertigkeiten innerhalb der Säulen und zwischen den Säulen beruht das jeweilige Ergebnis auf dem Resümee aus allen Einzelergebnissen. Zusätzlich zu diesem Verfahren wurde eine

Prüfung der Einzelergebnisse über den Niveauindikator nach dem Inklusionsprinzip vorgenommen, um die optimale Passung zu erreichen.

Insgesamt lässt sich das Verfahren als ein „Drei-Schritte-System“ beschreiben:

1. Prüfung der Qualifikationen von einzelnen Mitgliedern bzw. in Zweiergruppen, z. T. Beratung in den Untergruppen,
2. Validierung in Form einer weitere Einzel- bzw. Zweierprüfung – mit Ausnahme von fünf völlig unstrittig zuzuordnenden Studiengängen,
3. Diskussion in der Gesamtgruppe mit Zuordnungsvotum.

Die Zuordnungsvorschläge erfolgten ohne Kenntnis der Zuordnungsvorschläge des Schulausschusses für die allgemein bildenden Abschlüsse, die erst nach Beendigung der Arbeitgruppenphase vorlagen. Insofern konnte in den einzelnen Zuordnungsbegründungen der Arbeitsgruppe Gesundheit darauf kein Bezug genommen werden. Im Nachgang wird jedoch insbesondere durch die vom Schulausschuss vorgeschlagene Zuordnung der allgemeinen Hochschulreife zu Niveaustufe 5 eine Überbewertung der Allgemeinbildung im Verhältnis zu dualen und fachschulischen Ausbildungen gesehen.

Der DQR-Matrix wird eine grundsätzliche Handhabbarkeit bestätigt. Die aufsteigende Graduierung wird zwar als deutlich eingeschätzt, die Trennschärfe zwischen den Graduierungen mitunter jedoch als nicht eindeutig, insbesondere für die Kategorie Selbstkompetenz. Kritisiert wird insbesondere die unzureichende Ausgestaltung der Deskriptoren für die Sozial- und Selbstkompetenz. Diese beziehen sich einerseits zu stark auf Teambeziehungen, während es in den Gesundheitsberufen um den Umgang mit Patienten und Klienten geht. Speziell in den oberen Niveaus wird zu stark auf Führungsverhalten und wissenschaftliche Kompetenzen abgestellt. Letzteres führt dazu, dass berufliche Kompetenzen nur schwer auf den hohen Kompetenzniveaus angesiedelt werden können, was der Zielstellung des DQR widerspricht. Empfohlen wird eine Erweiterung der Sozialkompetenz um klienten- und patientenbezogene Aspekte wie Empathie, Verantwortung, kommunikative und edukative Kompetenz sowie eine Ergänzung des Glossars um diese und weitere in den Deskriptoren verwendete Begriffe.