



**Verband der  
Schwesternschaften  
vom DRK e.V.**



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

Berlin, 19.06.2018

**Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes und  
des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK e.V. zur  
Kabinetttvorlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für  
die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und  
Prüfungsverordnung)**

**Vorbemerkung**

Im Anschluss an den gemeinsamen Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22.03.2018 und das damit verbundene Stellungnahmeverfahren inklusive der Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit vom 04.05.2018 wurde die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, wie in § 56 PflBG gefordert, am 13.06.2017 dem Bundeskabinett zur Kenntnisnahme zugeführt. Damit wurde ein weiterer Meilenstein auf dem Weg zur Einführung der neuen Pflegeausbildung erreicht. Als nächste Schritte stehen die Anhörung im Gesundheitsausschuss am 25.06.2018, sowie die Verabschiedung der Verordnung in Bundestag und Bundesrat an.

Obwohl weder das Deutsche Rote Kreuz noch der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. zur Anhörung im Gesundheitsausschuss geladen wurden, möchten wir dennoch eine Stellungnahme abgeben. Hierbei beziehen wir uns vorrangig auf die Punkte der Kabinetttvorlage, welche im Vergleich zum Referentenentwurf verändert oder ergänzt wurden.

**Bewertung des Verordnungstextes**

Zunächst möchten wir ausdrücklich die positiven Veränderungen und Ergänzungen würdigen, welche die Kabinetttvorlage im Vergleich zum Referentenentwurf erfahren hat. So berücksichtigt der „Kompetenzerwerb in der Pflege von Menschen aller Altersstufen“ neben „den besonderen Anforderungen an die Pflege von Kindern und Jugendlichen sowie alten

**Deutsches Rotes  
Kreuz e.V.  
Generalsekretariat**

**Präsidentin**  
Gerda Hasselfeldt

**Vorsitzender des Vorstands**  
Christian Reuter

**Bereich Jugend und  
Wohlfahrtspflege**  
Leiter  
Dr. Joß Steinke

Carstennstraße 58-60  
12205 Berlin  
Tel. 030 85404-0  
Fax 030 85404-450  
www.drk.de  
drk@drk.de

**Verband der  
Schwesternschaften  
vom DRK e.V.**

**Präsidentin**  
Generaloberin  
Gabriele Müller-Stutzer

**Verbandsoberein**  
Meike Buchholz

Carstennstraße 58-60  
12205 Berlin  
Tel. 030 85404-917  
Fax 030 85404-933  
www.rotkreuzschwestern.de  
drk-schwesternschaften@drk.de

Menschen in den unterschiedlichen Versorgungssituationen“ nun auch „besondere fachliche Entwicklungen in den Versorgungsbereichen der Pflege“ (§ 1 Abs. 1 PflAPrV). Des Weiteren wurde die Regelung zum Nachtdienst dahingehend konkretisiert, dass die Aufsicht der Pflegefachpersonen „unmittelbar“ zu erfolgen hat, damit einem Missbrauch und einer Überforderung der Schülerinnen und Schüler vorgebeugt werden kann (§ 1 Abs. 6 PflAPrV). Ebenso werden die Auszubildenden jetzt behördlich auf ihr Wahlrecht im Hinblick auf die Berufsabschlüsse Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Altenpflege hingewiesen, so dass sie eine mündige Entscheidung zur ihrem weiteren Werdegang treffen können (§ 1 Abs. 7 PflAPrV).

Weiterhin begrüßen wir die Konkretisierung, dass nur die praktische Ausbildung mit dem Orientierungseinsatz beginnt – und nicht etwa die gesamte Ausbildung (§ 3 Abs. 3 PflAPrV). Darüber hinaus wurden die Voraussetzungen für die Zulassung als Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter von zwei Jahren Berufserfahrung auf ein Jahr gesenkt, wodurch sich der infrage kommende Personenkreis deutlich vergrößern wird (§ 4 Abs. 2 PflAPrV). Ebenfalls bewerten wir die Ergänzung im Zusammenhang mit der praktischen Prüfung als positiv, nach welcher die „Teilnahme an einer realen Pflegesituation (...) nur mit Einwilligung des zu pflegenden Menschen zulässig“ ist (§ 10 Abs. 5 PflAPrV). Wie auch die Berücksichtigung von elektronischer Kommunikation neben der Schriftform an verschiedenen Stellen des Verordnungstextes.

Das Deutsche Rote Kreuz und der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. begrüßen außerdem die Streichung der weiteren Lehrkraft der Pflegeschule, die der mündlichen Prüfung als Beisitzerin oder Beisitzer beiwohnen sollte (§ 15 Abs. 4 PflAPrV). Gleiches gilt für die Schaffung der Möglichkeit, den Pflegeplan in der praktischen Prüfung auch mittels eines elektronischen Pflegedokumentationssystems erstellen zu können (§ 16 Abs. 5 PflAPrV). Ausdrücklich würdigen möchten wir außerdem die in der Begründung zu § 4 PflAPrV hinterlegte Berücksichtigung eines angemessenen Zeitaufwandes „für die Vor- und Nachbereitung“ der

Praxisanleitung „je Auszubildender oder Auszubildendem und Ausbildungsjahr“. Wie auch den an gleicher Stelle enthaltenen Hinweis, dass den Ländern die Möglichkeit offen steht, „für als Praxisleiterinnen und Praxisanleiter tätige Pflegefachkräfte finanzielle Aufschläge zu gewähren oder eine höhere Einstufung beim Grundgehalt vorzunehmen“. Das Deutsche Rote Kreuz und der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. rufen die Länder daher dazu auf, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.

Darüber hinaus wurden einige weitere Regelungen an die Länder übertragen, z.B. die Form der Notenbildung bei den Jahreszeugnissen (§ 6 Abs. 1 PflAPrV), die Ausgestaltung der Zwischenprüfung (§ 7 PflAPrV) und das Nähere zu den Kooperationsverträgen (§ 8 Abs. 1 PflAPrV) – mit allen damit verbundenen Vor- und Nachteilen. In Bezug auf die Zwischenprüfung sehen wir die Chance, dass so die Voraussetzungen für die Anerkennung einer zweijährigen Pflegeassistentenausbildung auf Landesebene geschaffen werden. Dies würden wir sehr begrüßen. Andererseits besteht das Risiko einer überfrachteten Zwischenprüfung auf diese Weise jedoch weiter. Hinsichtlich der Kooperationsverträge sehen wir die Chance, dass lokale Gegebenheiten besser berücksichtigt werden könnten (dezentrale Planung), wodurch asymmetrischen Machtverhältnissen zwischen großen und kleinen Trägern sowie zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (z.B. Krankenhäuser vs. Pflegeheime) möglicherweise entgegengewirkt wird. Andererseits entsteht dadurch jedoch das Risiko, dass es auf Landesebene zu unterschiedlichen Regelungen kommt. Das Deutsche Rote Kreuz und der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. sprechen sich daher für bundeseinheitliche Regelungen aus.

Den neu eingefügten Absatz 4 in § 3 PflAPrV gilt es allerdings abzulehnen. Der Vorschrift zufolge sollen die in § 7 Abs. 5 PflBG geforderten Anforderungen, insbesondere das angemessene Verhältnis zwischen Auszubildenden und Anleitenden auch dann beibehalten werden, wenn in einer Einrichtung eines allgemeinen oder speziellen Pflichteinsatzes keine Pflegefachpersonen, sondern andere geeignete Fachpersonen tätig sind. Dies bedeutet jedoch im Umkehrschluss, dass sowohl die allgemeinen als

auch die speziellen Pflichteinsätze in Einrichtungen oder Einrichtungsteilen erfolgen können, in denen keine Pflegefachpersonen arbeiten. Hierdurch sollen sicherlich die Kapazitäten der Pflichteinsätze erhöht werden, indem die Einsatzfelder beispielsweise auch auf Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Funktionsbereiche, den Bereich der Hauswirtschaft oder Pflegestützpunkte ausgeweitet werden, in denen keine Pflegefachpersonen, sondern medizinische Fachangestellte und andere Gesundheitsfachberufe, sowie Hauswirtschaftsfachkräfte oder Sozialarbeiter tätig sind. Allerdings könnte diese neue Vorschrift Tür und Tor für einen Missbrauch der Auszubildenden sowie einen unsachgemäßen Ausbildungsverlauf eröffnen, da keine Limitation der Anzahl an Einsatzorten, in denen keine Pflegefachpersonen tätig sind, besteht und sich die Vorschrift grundsätzlich auf alle Einrichtungstypen bezieht – und daher nicht nur auf diejenigen, bei denen knappe Kapazitäten zu erwarten sind, wie im Bereich der Pädiatrie. Auch wenn nach § 7 Abs. 5 PfIBG für die Definition der zugelassenen Einsatzbereiche letztlich die Bundesländer zuständig sind – und diese daher hier noch einmal gegensteuern könnten – gilt es, diese Vorschrift dringend rückgängig zu machen oder zumindest um die Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 PfIBG zu bereinigen.

Ebenso kritisieren wir, dass auf den Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung nur noch 60 Stunden der ohnehin schon zu gering bemessenen 120 Stunden entfallen müssen (Fußnote Anlage 7). Auch wenn diese Regelung zeitlich begrenzt ist (bis zum 31.12.2024), droht so das Fachgebiet der Kinderkrankenpflege beinahe in der Bedeutungslosigkeit zu verschwinden, wodurch der Kerngedanke der generalistischen Pflegeausbildung deutlich ausgehöhlt wird. Das Deutsche Rote Kreuz und der Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V. fordern daher die Streichung dieser Regelung und mindestens die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustands.

Die Anregungen, welche nicht in die Kabinetttvorlage aufgenommen wurden, bleiben weiter gültig (siehe Stellungnahme vom 19.04.2018). So fordern wir nach wie vor:

- Eine **Anschubfinanzierung für die Pflegeschulen** im Rahmen der Umstellung auf die neue Pflegeausbildung (z.B. Erarbeitung des schulinternen Curriculums, Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, Aufbau von neuen Kooperationen).
- Eine **verursachungsgerechte Refinanzierung** der zusätzlichen Aufwendungen für die Einrichtungen und Pflegeschulen (z.B. Personalausfallzeiten durch berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von 300 Stunden).
- Ein **Verbot des Diensteinsatzes während der Schulblöcke**, einschließlich vor- und nachgelagerter Wochenenden.
- Die **Bereitstellung des dringend benötigten Rahmenlehrplans** weit vor dem 01.07.2019, da alle nachgelagerten Prozess davon abhängen (Curriculum, Ausbildungsplan, Ausbildungsvertrag).
- Die **Anerkennung einer Pflegeassistentenausbildung** mit bestandener Zwischenprüfung nach dem zweiten Ausbildungsjahr.
- Die **Berücksichtigung des neuen Strukturmodells** im Verordnungstext, um die praktische Prüfung unter Realbedingungen durchführen zu können.

### **Bewertung der Kompetenzkataloge**

Die Erweiterung der Kompetenzkataloge um verschiedene Komponenten wie elektronische Pflegedokumentationssysteme, das neue Strukturmodell (keine explizite Nennung aber Begriffskompatibilität), religiöse Kontexte, technische Assistenzsysteme, Gewaltprävention und E-Learningsysteme wird ausdrücklich begrüßt.

Während die Kompetenzkataloge zur Zwischenprüfung, zum Abschluss Pflegefachfrau/-mann und zum Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in ansonsten nahezu identisch blieben, wurde der Kompetenzkatalog des Abschlusses Altenpfleger/in jedoch vehement abgewertet. So sollen Altenpflegerinnen und Altenpfleger nicht mehr über ein breites Verständnis von spezifischen Theorien und Modellen in der Pflege verfügen, sondern nur noch um ein ausreichendes. Die Theorien und Modelle werden auch nicht mehr zur Pflegeprozessgestaltung genutzt, sondern

lediglich berücksichtigt. Ausreichend ist jedoch die Note 4. Vor dem Hintergrund des demographischen und epidemiologischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Bedeutung der Altenpflege – gerade in ihrer Fachlichkeit – kann dies in keiner Weise nachvollzogen werden.

Ebenso schleierhaft ist, wieso „erheben, erklären und interpretieren von pflegebezogenen Daten“ zugunsten von „unterstützen, pflegen, begleiten und beraten auf der Grundlage der durchgeführten Untersuchungen“ gestrichen wurde, insbesondere, da „Untersuchung“ ein medizinisch intonierter Begriff ist. Darüber hinaus wurde das Einsetzen für die Umsetzung von evidenzbasierten und/oder interprofessionellen Leitlinien und Standards gestrichen, wie auch das Erschließen von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen und das Begründen und Reflektieren von Pflegehandlungen auf der Basis von pflege- und bezugswissenschaftlichen Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen. Dies kommt einer Deprofessionalisierung der Altenpflege gleich, da hierdurch allen berufspolitischen Entwicklungen im Bereich Pflege (Fortschritt der Pflegewissenschaft, Akademisierung) entgegengewirkt wird. Wir können und wollen uns jedoch keine Altenpflege light leisten. Darüber hinaus widerspricht dies dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 29 Abs. 1 SGB XI, wonach Leistungen nicht nur wirtschaftlich, sondern auch wirksam sein müssen. Eine Pflege, die nicht auf den Prinzipien einer evidenzbasierten Versorgung aufbaut, kann somit nicht durch die Pflegekasse finanziert werden.

Die Kabinetttvorlage zeichnet daher ein düsteres Bild einer, im Vergleich zu den anderen beiden Abschlüssen, deutlich abgespeckten, funktionalen und in Teilen am Leistungsrecht orientierten Altenpflege – während die in § 4 Abs. 1 PflBG beschriebenen vorbehaltenen Tätigkeiten kaum wiederzuerkennen sind. Doch welchen Sinn macht es, das Niveau einer Ausbildung nach zwei Jahren anspruchsvoller, generalistischer Ausbildung für das letzte Ausbildungsjahr in diesem hohen Maße abzusenken? Und wie soll dies in der Praxis umgesetzt werden? Pflegeprozess und Pflegemodelle werden meist im ersten Ausbildungsjahr unterrichtet. Zudem ist die Anwendung des neuen

Strukturmodells um einiges anspruchsvoller als vorherige Modelle zur Gestaltung des Pflegeprozesses, wie die ABEDLs von Monika Krohwinkel, da es auf einer Vielzahl an pflegerischen Konzepten und Modellen aufbaut und eine hohe Fachlichkeit in der Anwendung voraussetzt. Gerade diesen Aspekt – die hohe Fachlichkeit – haben die Initiatoren des Ein-STEP-Projektes immer wieder als Benefit für die Pflege betont, in der Hoffnung den Beruf dadurch aufzuwerten und eine höhere Arbeitszufriedenheit herzustellen.

Ohne eine Aufwertung des Pflegeberufes – das zeigen nicht nur die Erfahrungen, sondern auch eine Vielzahl an Studien zum Thema Fachkräftemangel in der Pflege – kann dem Pflegenotstand nichts entgegengesetzt werden. Da können noch so viele Stellen in der stationären Langzeitpflege geschaffen werden, wenn sich Aspekte wie Arbeitsbedingungen, Bezahlung oder Handlungsautonomie nicht verbessern, werden immer mehr Pflegende das aus ihrer Sicht sinkende Schiff verlassen. Doch wie soll ein Beruf durch eine Absenkung von Kompetenzen aufgewertet werden? Und wie sollen so in der Altenpflege je die gleichen Tarife wie in der Krankenpflege bezahlt werden? Wie soll der Bereich der Altenpflege auf diese Weise auch für die übrigen Pflegeberufe attraktiv werden? Und wie sollen sich diese wiederum mit den Altenpflegerinnen und Altenpflegern solidarisieren können – im Sinne einer gemeinsamen Profession?

Vor allem bleibt aber die Frage, ob es sich bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern weiterhin um Fachkräfte im Sinne der Fachkraftquote handelt, wenn sich das Kompetenzniveau unterhalb des Standards der neu etablierten Pflegefachkräfte, nämlich der Pflegefachmann/-frau und der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, befindet. Es bleibt ebenso offen, welche Auszubildenden denn überhaupt noch den Abschluss Altenpflege wählen werden, wenn es sich dabei um eine Pflegeausbildung zweiter Klasse handelt. Die einzig richtige Forderung kann daher nur lauten, alle Kompetenzbeschreibungen einheitlich mit den Zugangsvoraussetzungen abzustimmen – nur so kann die Altenpflege zukunftssicher gestaltet werden.

Falls die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe in dieser Form tatsächlich von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werden würde, muss die Reform der Pflegeberufe als gescheitert betrachtet werden. Denn wenn das Kompetenzniveau des Berufsabschlusses in der Altenpflege nicht nachträglich wieder an die Kompetenzkataloge der generalistischen Pflegeausbildung und der Kinderkrankenpflege angeglichen wird, sehen wir für den Bereich der Altenpflege massive Probleme aufkommen. Der heutige Pflegenotstand wird dann sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht lediglich ein Vorgeschmack einer beispiellosen und unumkehrbaren Pflegekrise sein.