

Berlin, 07. Juli 2025

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (PflFAssEinfG)

A. Allgemeiner Teil

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt die Vorlage des Referentenentwurfs für ein Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (PflFAssEinfG) außerordentlich. Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und machen davon gerne Gebrauch.

Zusammenfassung

Mit dem PflFAssEinfG beabsichtigt der Gesetzgeber die bundesweite Einführung einer einheitlich gestalteten Ausbildung zur Pflegefachassistentenz mit 18-monatiger Dauer, was wir sehr begrüßen. Trotz eines hohen Bedarfs an qualifiziertem Personal unterhalb der Pflegefachausbildung sprechen wir uns als Deutsches Rotes Kreuz für die Beibehaltung der 18-monatigen Variante aus, gerade auch mit Hinblick auf das Berufsprofil, das deutlich über die reine Pflegehilfe hinausgeht. Gleichzeitig halten wir eine Ausbildungsdauer von 24 Monaten für zu lange, um den dringend benötigten Personalkörper in der Pflegefachassistentenz effektiv, aber auch effizient aufbauen zu können. Besonders bedanken möchten wir uns für die Berücksichtigung der vereinsrechtlich organisierten Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz als Träger der praktischen Ausbildung.

Pflegefachassistentenz – ein neues Berufsbild

Die Rolle der Pflegefachassistentenz könnte den Skill- und Grade-Mix in der professionellen Pflege effektiv bereichern und gleichzeitig für neue Zielgruppen Zugänge in das Pflegebildungssystem eröffnen. Insofern trägt die Pflegefachassistentenausbildung nicht nur zu mehr Versorgungssicherheit bei, sie führt auch zu mehr Bildungschancen, Sinnstiftung und Aufstiegsmöglichkeiten, was wir als DRK außerordentlich begrüßen.

Obendrein werden berufliche Kenntnisse und Vorerfahrungen anerkannt, was die Motivation, eine dementsprechende Ausbildung zu beginnen, gerade für berufserfahrene Pflegehelfende mit geringer oder fehlender Formalqualifikation, steigert. Aber auch für Arbeitgeber, die ihre Mitarbeitenden in ihrer Weiterentwicklung fördern und unterstützen wollen, ist dies attraktiv. Ebenso könnte die Pflegefachassistentenausbildung Pflegefachpersonen effektiv entlasten, um Räume für originäre Fachpersonenaufgaben im Kontext der Pflegeprozessverantwortung zu schaffen. Dies wäre auch ein Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegefachpersonen.

Auf der anderen Seite besteht die Befürchtung, dass das neue Rollenbild der Pflegefachassistenz mit Aufgaben und Erwartungen überfrachtet wird, die am Ende nicht eingelöst werden können. Es ist daher sicherzustellen, dass weder die Auszubildenden noch die Absolventen der Pflegefachassistentenausbildung in ihrem Berufsalltag überfordert werden. Gerade weil in dem Entwurf die Aufgaben der Pflegefachassistenten mit denen der Pflegefachpersonen an manchen Stellen verschwimmen. Es erscheint daher geboten, eine größtmögliche Trennschärfe der jeweiligen Aufgabenprofile herbeizuführen, ohne jedoch in kleinteilige Tätigkeitskataloge zu verfallen.

Einordnung in einen umfassenden Skill- und Grade-Mix

Konzeptionell lässt sich die Pflegefachassistentenausbildung nahtlos in die bestehenden und in Entwicklung befindlichen Personalbemessungssysteme einfügen, was die Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern unterstützen dürfte. Aufgrund der Erfahrungen mit der bundeseinheitlichen Umsetzung des PeBeM in der stationären Langzeitpflege, die von den Bundesländern höchst unterschiedlich ausgestaltet wird, ist die durchgängige Anerkennung der Pflegefachassistentenausbildung nach dem PflFAssEinfG für das Level QN 3 auf der Landesebene sicherzustellen.

Gleichzeitig sind bundeseinheitlich harmonisierte Curricula eine Voraussetzung für die Zuordnung der verschiedenen Berufsabschlüsse in der Pflege zu spezifischen Qualifikationsniveaus, die zu definierten Kompetenzen und Befugnissen in der Leistungserbringung befähigen – von der Pflegefachassistenz bis hin zur Advanced Practice Nurse. Vor dem Hintergrund der jetzigen Heterogenität in der Frage „Wer darf was mit welcher Qualifikation?“ gilt es dafür Sorge zu tragen, dass die berufsrechtlichen Kompetenzen und Befugnisse der bundeseinheitlich ausgebildeten Pflegefachassistentenpersonen auch tatsächlich konvergent im Leistungs- und Leistungserbringerrecht auf der Landesebene wirksam werden können.

Finanzielle Entlastung für pflegebedürftige Menschen

Generell zu begrüßen ist der Anschluss an die Finanzierungsmechanismen nach dem PflBG, wodurch erstmalig eine Ausbildungsvergütung sowie weitere Kosten der praktischen Ausbildung finanziert werden können. Dies macht die Pflegefachassistenzausbildung sowohl für die Auszubildenden als auch für die Pflegeeinrichtungen deutlich attraktiver.

Gleichzeitig ist zu befürchten, dass die finanziellen Belastungen für die pflegebedürftigen Menschen noch weiter zunehmen werden, gerade auch im Zusammenspiel mit der (notwendigen) Anbindung der hochschulischen Pflegeausbildung an die Ausbildungsfonds auf Landesebene. Hier gilt es entsprechende Entlastungsmechanismen zu finden. Als DRK wiesen wir bereits wiederholt auf die Einführung des sogenannten Sockel-Spitze-Tauschs für das SGB XI hin.

In einem ersten Schritt könnten zwischenzeitlich die mit den Ausbildungen in den Pflegeberufen verbundenen Kosten, die den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden, vollständig aus Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung finanziert werden.

Flexibilisierung der Praxisanleitung

Dasselbe gilt für die Einführung einer regelhaften Praxisanleitung von 10 % der praktischen Ausbildungszeit analog zur Pflegefachausbildung. Auch dies ist ein Fortschritt, der die Pflegefachassistenzausbildung attraktiver macht und die Ausbildungsqualität steigern wird.

Auf der anderen Seite werden aus unseren Gliederungen schon heute große Probleme in der Bereitstellung der geforderten Praxisanleitenden für die Pflegefachausbildung berichtet. Dies betrifft gerade kleine ambulante Pflegedienste im ländlichen Raum, die das entsprechende berufspädagogische Personal nicht vorhalten bzw. entsprechend häufig einsetzen können. Insofern wäre zu prüfen, inwiefern hier eine Flexibilisierung möglich ist, ohne Qualitätseinbußen befürchten zu müssen.

Mindestanforderungen für die Pflegeschulen dynamisieren

Aber auch die analog zur Pflegefachausbildung gehaltenen Mindestanforderungen an die Qualifikation des Lehrpersonals stellt die Pflegeschulen vor große Herausforderungen. Während der Einsatz von Lehrenden auf Masterniveau für den theoretischen Unterricht bei der Ausbildung zur Pflegefachperson unbedingt nachvollzogen werden kann, teilen wir diese Auffassung gegenüber der Ausbildung zur Pflegefachassistenz nur bedingt.

Auch ein kompetenzorientierter Personaleinsatz kann nur begrenzt dabei helfen, die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen für den theoretischen Unterricht zu erfüllen, denn eine zusätzliche, wenn auch kürzere Ausbildung, erfordert mehr Personal und kann nicht allein durch das bereits vorhandene Stammpersonal der Pflegefachausbildung kompensiert werden.

Ebenso wird es nicht möglich sein, dass Pflegeschulen, die bereits eine Helferausbildung nach Landesrecht anbieten, ihr bestehendes Personal „so einfach“ weiterqualifizieren können. Denn die Studienplätze in den einschlägigen Masterstudiengängen sind stark begrenzt und müssen zudem bereits den Qualifikationszuwachs für die Pflegefachausbildung bewältigen.

Insofern wäre es wünschenswert, wenn die Länder hier abweichende Regelungen unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten zulassen und zusätzlich die Anzahl der Studienplätze im Bereich der Medizin- und Pflegepädagogik deutlich erhöhen. Ziel sollte ein empirisch begründeter und damit nachhaltiger Qualifikationszuwachs sein, der sich an den tatsächlichen Möglichkeiten des Arbeitsmarktes orientiert.

Darüber hinaus kommt der systematischen und regelhaften Finanzierung der Schulsozialarbeit sowie der Miet- und Investitionskosten der Pflegeschulen eine hohe Bedeutung zu.

Quereintriege in die Berufspädagogik ermöglichen

Ein weiterer Baustein zum Personalaufbau in der Lehre der Pflegeausbildungen könnte in Kompetenzanerkennungsverfahren auf der Landesebene liegen, die berufserfahrenen und berufspädagogisch weiterqualifizierten Fachpersonen (z.B. mit einer Weiterbildung zur „Praxisanleitung“) den Quereinstieg in die Berufspädagogik ermöglichen.

Aktuell gibt es z. B. in Rheinland-Pfalz an den öffentlichen berufsbildenden Schulen die Möglichkeit für Quereinsteigende, eine sogenannte fachpraktische Lehrkraft zu werden. Der Zugang ist allerdings nur für Quereinsteigende möglich, die an einer öffentlichen Schule tätig werden. Hier würden wir uns eine Gleichstellung der trägergebundenen Schulen in den jeweiligen Gesetzen auf Landesebene wünschen.

Ausbildungsverlauf mit der Pflegefachausbildung harmonisieren

Eine große Herausforderung ist sicher die Harmonisierung der Start- und Endzeitpunkte sowie der Ausbildungsinhalte der 18-monatigen Pflegefachassistentenausbildung mit denen der 36-monatigen Pflegefachausbildung.

Damit das Ende der Ausbildung zur Pflegefachassistenz mit dem Beginn der Ausbildung zur Pflegefachperson „matchen“ und auch inhaltlich aufeinander aufbauen kann, sind

entsprechende Gestaltungsfreiheiten der Pflegeschulen notwendig, um keine unnötigen Lücken und Wartezeiten entstehen zu lassen. Die Bundesländer sollten hier die entsprechenden Voraussetzungen schaffen und die Pflegeschulen dazu befähigen, die Start- und Endpunkte der Ausbildungen im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung für den Ausbildungsverlauf (in definierten Korridoren) selbst zu bestimmen.

Das Gleiche gilt im umgekehrten Sinn für den Start der verkürzten Pflegefachassistenten-ausbildung durch Anrechnung von Vorerfahrung. Auch hier sind Gestaltungsspielräume der Pflegeschulen notwendig, um Wartezeiten und Lücken zu vermeiden.

Schulsozialarbeit an den Pflegeschulen finanzieren

Die Partner der Ausbildungsinitiative Pflege haben gemeinsam vereinbart, dass die Pflegeschulen „Unterstützungsangebote zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen“ bereitstellen. Mit Ausnahme von Berlin fehlen allerdings bis heute die entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten für die Schulsozialarbeit auf der Landesebene.

Angesichts der Einführung der Pflegefachassistentenausbildung, die an den gleichen Pflegeschulen angeboten werden wird und deren Zielgruppen unserer Erfahrung nach hochkomplexe psychosoziale Unterstützungsbedarfe haben können, gilt es dies schnellstmöglich nachzuholen.

B. Besonderer Teil

Artikel 1: „Gesetz über die bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung“ (Pflegefachassistentengesetz – PflFAssG)

Als Deutsches Rotes Kreuz begrüßen wir die Entscheidung der Bundesregierung, eine bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung mit 18-monatiger Dauer einführen zu wollen.

Gleichwohl im Rahmen des Gesetzesverfahrens bereits einige wichtige Anpassungen zur Umsetzung erfolgten, möchten wir auf folgende, aus unserer Sicht weiterhin bestehende bzw. sich neu ergebende Änderungserfordernisse hinweisen.

Zu § 1: „Führen der Berufsbezeichnung“ in Verbindung mit § 50: „Fortgeltung der Berufsbezeichnung“

Mit dem Pflegefachassistentengesetz soll ein bundeseinheitliches Berufsprofil für die Rolle der Pflegefachassistenz geschaffen werden, dass nach dem Willen des Gesetzgebers als eigenständiger Heilberuf im Sinne von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG geregelt werden soll.

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt den Schritt hin zu einer bundesweit einheitlichen Pflegefachassistentenausbildung außerordentlich. Aus professionswissenschaftlicher Sicht kann hinterfragt werden, ob eine 18-monatige Ausbildung in einem Assistenzberuf tatsächlich dem Status eines Heilberufs nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG entspricht.

Wir befürworten es allerdings, dass dieser Status herbeigeführt werden soll, um dem Bund die Regelungskompetenz zu übertragen. Insofern erachten wir diesen Schritt als notwendig, damit die Pflegefachassistentenausbildung tatsächlich bundeseinheitlich geregelt werden kann. Für eine 12-monatige Pflegehilfeausbildung sehen wir den Status eines Heilberufs dagegen nicht gegeben.

Weiterhin wird befürchtet, dass die Rolle der Pflegefachperson durch die Schaffung eines weiteren Heilberufs in der beruflichen Pflege entwertet bzw. untergraben werden könnte. Die wenig trennscharfe Formulierung für die Aufgabenfelder der Pflegefachassistenz kann diese Besorgnis (noch) nicht zufriedenstellend auflösen. Letztlich muss der Abstand zwischen den Kompetenzniveaus der Pflegefach- und der Pflegefachassistentenausbildung ausreichend erkennbar und begründet sein, um sowohl der Professionalisierung als auch der intraprofessionellen Akzeptanz Rechnung zu tragen.

Dies gilt es gerade vor dem Hintergrund zu berücksichtigen, dass der Deutsche Qualifikationsrahmen nach wie vor die Pflegefachausbildung mit der Pflegefachassistentenausbildung gleichsetzt und unisono in das DQR-Niveau 4 einordnet. Unserer Ansicht nach wäre die Pflegefachassistentenausbildung maximal in das DQR-Niveau 3 einzuordnen, wie es auch aus der Qualifikationszuordnung nach § 113c SGB XI hervorgeht. Es ist zudem Sorge dafür zu tragen, dass die Namensgebung „Pflege-fach-assistenz“ zu keinen Trugschlüssen gegenüber der assistierenden Funktion dieses Berufsbildes führt.

Positiv zu bewerten sind dagegen die Bestandschutzregelungen nach § 50. Da sich diese allerdings ausschließlich auf Ausbildungen beziehen, die unter die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ subsumiert werden können, bleibt es offen, wie mit Ausbildungen umgegangen wird, die diese Kriterien nicht erfüllen, beispielsweise weil sie weit vor der Verabschiedung der Mindestanforderungen zu den Assistenz- und Helferausbildungen auf Landesebene absolviert wurden. Hier ist eine Klarstellung erforderlich, um einen durchgängigen Bestandschutz für

bisher nach dem Level QN 3 anerkannte Assistenz- und -Helferausbildungen auf der Landesebene sicherzustellen.

Zu § 2: „Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis“ in Verbindung mit § 3: „Rücknahme, Widerruf und Ruhen der Erlaubnis“

Die Regelungen zur gesundheitlichen Eignung für eine Berufstätigkeit im Gesundheits- und Pflegewesen finden sich in den Berufsgesetzen von so gut wie allen Gesundheitsfachberufen wieder, so auch in dieser Vorschrift. Sie sind allgemein akzeptiert, und selbstverständlich ist es evident, dass der Gesundheitsschutz der anvertrauten pflegebedürftigen Menschen höchste Priorität genießen muss.

Beeinträchtigungen des Gesundheitsstatus werden in der Gesetzesbegründung primär mit dem Merkmal der Behinderung in Verbindung gebracht, um den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention zu entsprechen. Darüber hinausgehende Angaben werden nicht gemacht. Letztlich ist es daher an Ärztinnen und Ärzten, die gesundheitliche Eignung mittels einer Bescheinigung festzustellen. Unklar bleibt auch, wie damit umzugehen ist, wenn die gesundheitliche Eignung im Laufe des Lebens aberkannt wurde, wie in § 3 Absatz 2 beschrieben. Es fehlen Hinweise, wie die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung wiedererlangt werden kann, beispielsweise nach erfolgreicher (Dauer-)Therapie oder Rehabilitation.

Häufig geht mit der Beurteilung der gesundheitlichen Eignung eine Testung auf das HI-Virus einher. Umgekehrt gilt eine bestätigte HIV-Infektion bis heute noch vielerorts als ein Kriterium dafür, um von einer Berufstätigkeit im Gesundheits- und Pflegewesen ausgeschlossen zu werden. Als Deutsches Rotes Kreuz sind wir Erstunterzeichner der Aktion #positivarbeiten der Deutschen Aidshilfe, die über die Möglichkeiten einer beruflichen Tätigkeit trotz HIV-Infektion aufklärt¹. Demnach könnten Menschen mit HIV grundsätzlich jede Arbeit wahrnehmen, auch im Gesundheits- und Pflegebereich, da für eine Übertragung im beruflichen Alltag kein Risiko bestehe. Unter Therapie, die heutzutage der Regelfall sei, wäre eine Übertragung sogar bei intensiver Exposition und Kontakt mit infektiösem Material ausgeschlossen.

Vor dem Hintergrund, dass der HIV-Status der Deutschen Aidshilfe zufolge keine Relevanz für eine berufliche Tätigkeit habe, setzen wir uns dafür ein, dass weder freiwillige noch verpflichtende HIV-Testungen für die Bestimmung der gesundheitlichen Eignung nach §§ 2 und 3 herangezogen bzw. verlangt werden dürfen. Darin eingeschlossen sind Einstellungsuntersuchungen oder arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. Eine Ausweitung dieses Vorschlags auf korrespondierende Vorschriften der Berufsgesetze weiterer Gesundheitsfachberufe wäre wünschenswert.

Zu § 4: „Ausbildungsziel“

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt die Aufnahme der sogenannten Behandlungspflege in das Aufgabenportfolio der Pflegefachassistenzpersonen außerordentlich. Durch die Möglichkeit der Weiterdelegation von ärztlich initiierten medizinisch-pflegerischen Maßnahmen der Behandlungspflege können Pflegefachpersonen effektiv entlastet und die Versorgungssicherheit in strukturschwachen oder weitläufigen Räumen verbessert werden.

Durch die freiwerdenden Ressourcen könnten Pflegefachpersonen wieder mehr Zeit für ihre originären Aufgaben verwenden, wie z. B. die Verantwortung des Pflegeprozesses, die Anleitung, Schulung und Beratung, oder die Durchführung von komplexen medizinisch-pflegerischen Interventionen der ärztlichen Therapie und Diagnostik. Gleichzeitig gilt es sicherzustellen, dass die Auszubildenden und Absolventen der Pflegefachassistenz-ausbildung vor Überforderung und Missbrauch geschützt werden, indem klare Aufgabenbeschreibungen und Delegationskriterien vorgelegt werden und delegierte Aufgaben auch in nachvollziehbar begründeten Fällen abgelehnt und zurückgewiesen werden können.

Die konkrete Auflistung der einzelnen Aufgaben in Absatz 3 erscheint angesichts der vorgesehenen Ausbildungsdauer in der Gesamtschau etwas überambitioniert. Hier wird es auf die konkrete Ausdifferenzierung und Definition durch die Fachkommission nach § 53 PflBG ankommen. Auffällig ist die Verwendung vieler unbestimmter Begrifflichkeiten, die einen hohen Interpretationsspielraum hinterlassen und unbedingt konkretisiert werden sollten. Dies betrifft insbesondere die Verwendung der Begriffe „nicht komplex“ und „komplex“, die das Unterscheidungsmerkmal für die Zuordnung der Aufgaben zu den jeweiligen Berufsbildern sein soll (nicht komplex = Pflegefachassistenz; komplex = Pflegefachperson). Diese Syntax hat jedoch schon bei der Abgrenzung zwischen den Berufsbildern der beruflich und der hochschulisch ausgebildeten Pflegefachperson zu Problemen geführt² und sich damit bereits als ungeeignet erwiesen. Gleichzeitig ist die Weiterführung dieser Systematik irgendwo auch nachvollziehbar. Wir empfehlen trotzdem eine Nachschärfung der Begrifflichkeiten, um die Handlungssicherheit für die Praxis zu stärken.

Dasselbe gilt für die Formulierung der Aufgabe: „ärztlich angeordnete, zur Übertragung geeignete Maßnahmen nach Übertragung durch die Ärztin oder den Arzt oder nach Weiterübertragung durch die Pflegefachpersonen eigenständig durchzuführen“. Mutmaßlich versteckt sich hierunter die eigenständige Durchführung von (weiter-)delegierter Behandlungspflege. Auch hier möchten wir unbedingt zur Nachschärfung raten, da aus dem RefE bislang nicht hervorgeht, welche medizinisch-pflegerischen Interventionen der Behandlungspflege tatsächlich gegenüber der Pflegefachassistenz delegationsfähig sein können, und dies im Grunde auch nicht durch die Fachkommission bestimmt werden kann.

Verantwortlich für die Pflegeprozesssteuerung, und damit auch für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinisch-pflegerischen Versorgung, worunter insbesondere auch die Delegation einzelner Maßnahmen an nachgeordnete Qualifikationslevel gehört, sind gemäß § 4 PflBG alleinig nach dem PflBG ausgebildete oder gleichgestellte Pflegefachpersonen. Das Recht auf die Ausübung der Vorbehaltsaufgaben in der professionellen Pflege gilt es auf allen Ebenen des Gesundheits- und Pflegesystems zu ermöglichen und zu schützen.

Insofern führt die Frage nach der Delegationsfähigkeit der sogenannten Behandlungspflege auf die Pflegefachassistenz im Kontext der vorbehaltenen Aufgaben der professionellen Pflege zu einer weiteren Problematik. Denn gerade die HKP-Richtlinie widerspricht dem Grundsatz der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG, wonach ärztliche Anordnungen oder Verordnungen die Verantwortung der Pflegefachpersonen für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses nicht einschränken dürfen. Dies ist jedoch durch die ärztliche Festlegung von Dauer und Häufigkeit von Leistungen der häuslichen Krankenpflege definitiv der Fall³.

Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass die umfangreich gestalteten Aufgaben der Pflegefachassistenzpersonen zu einer weiteren Fragmentierung der pflegerischen Versorgung führen könnten, insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege. Dem gilt es durch die Förderung der Kompetenzen zur Verantwortung des Pflegeprozesses für Pflegefachpersonen entgegenzuwirken, beispielsweise im Rahmen staatlich geförderter Programme zur Umsetzung und Implementierung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben in die Praxis.

Änderungsbedarfe

Artikel 1 § 4 Absatz 2 Satz 1 PflFAssEinfG ist wie folgt zu ändern:

*(2) Pflege im Sinne des Absatzes 1 umfasst präventive, **gesundheitsfördernde**, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen, **kognitiven** und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender.*

Artikel 1 § 4 Absatz 3 Nummer 1 PflFAssEinfG ist wie folgt zu ändern:

(3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen:

- 1. die folgenden Aufgaben unter **Beachtung Berücksichtigung und Anerkennung** der Pflegeprozessverantwortung einer Pflegefachperson nach dem Pflegeberufegesetz in nicht komplexen Pflegesituationen selbstständig durchzuführen und in komplexen*

Pflegesituationen an ihrer Durchführung unter Anleitung und Aufsicht einer Pflegefachperson nach dem PflBG mitzuwirken:

Artikel 1 § 4 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b) PflFAssEinfG ist wie folgt zu ändern:

b) Durchführung von ~~körpernahen~~ körperbezogenen Pflegemaßnahmen,

Zu § 5: „Dauer und Struktur der Ausbildung“

Die Struktur der Pflegefachassistentenausbildung, die die generalistische Ausrichtung der Ausbildung zur Pflegefachperson nach dem PflBG aufgreift und konsequent weiterführt, ist unbedingt zu begrüßen. Diesen Weg gilt es folgerichtig bei der Ausgestaltung der Rahmenlehrpläne wie auch den entsprechenden Regelungen zur Zulassung der Ausbildungsstätten fortzusetzen und weiterzuverfolgen.

Im Hinblick auf die in § 62 PflBG vorgesehene „Überprüfung der Vorschriften über die Berufsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege“ im Jahr 2025 gilt es daher, ungeachtet der Einwände der sich schon jetzt formierenden Interessensgruppen, an der generalistischen Ausrichtung der Pflegefachausbildung nach dem PflBG festzuhalten.

Es macht keinen Sinn, das sich langsam harmonisierende Qualifikationsgefüge in der beruflichen Pflege an diesem neuralgischen Punkt wieder durcheinander zu werfen. Die generalistische Pflegeausbildung hat sich längst bewährt und in der Praxis etabliert, wie auch die Daten von Destatis nahelegen⁴: Demnach haben sich 99 % der Auszubildenden bislang gegen einen spezialisierten Abschluss und für die Fortführung der generalistischen Pflegeausbildung entschieden.

Gleichzeitig sollte darauf geachtet werden, dass die Auszubildenden der Pflegefachassistentenz unbedingt den größten Teil ihrer Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung verbringen, um die Akzeptanz auf der Trägerseite zu erhöhen.

Zu § 7: „Träger der praktischen Ausbildung“ in Verbindung mit Artikel 8: „Änderung des DRK-Gesetzes“

Die vereinsrechtlich organisierten Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz gehören zum ältesten Teil der Rotkreuzbewegung und beteiligen sich seit jeher an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen und nachgeordneten Pflegerollen in Haupt- und Ehrenamt.

Insofern ist es außerordentlich zu begrüßen, dass die DRK-Schwesternschaften durch eine Änderung des DRK-Gesetzes zur Trägerschaft der praktischen Ausbildung für die Pflegefachassistentenausbildung mandatiert werden.

Die vorgesehene Änderung orientiert sich im Wortlaut an § 2 Absatz 5 DRKG, der den vereinsrechtlich organisierten Schwesternschaften vom DRK die Trägerschaft der praktischen Ausbildung für die Pflegefachausbildung nach dem PflBG erlaubt. Es besteht daher kein Änderungsbedarf.

Zu § 8: „Mindestanforderungen an Pflegeschulen“ in Verbindung mit § 51: „Weitergeltung staatlicher Anerkennungen von Schulen; Bestandschutz“

Das Deutsche Rote Kreuz bewertet die umfassenden Übergangs- und Bestandschutzregelungen für das Lehrpersonal an den Pflegeschulen äußerst positiv. Einbrüche in den Ausbildungskapazitäten sind damit zunächst nicht zu vermuten. Allerdings gilt es, die Intention der Regelungen zu den Übergängen und zum Bestandschutz dann auch konsequent auf der Landesebene einzuhalten, wobei es unerheblich sein muss, ob es sich um eine staatliche oder staatlich anerkannte Pflegeschule handelt.

Gleichzeitig stellen die analog zur Pflegefachausbildung gehaltenen Mindestanforderungen an die Qualifikation des Lehrpersonals die Pflegeschulen vor große Herausforderungen. Selbst ein kompetenzorientierter Personaleinsatz innerhalb einer Pflegeschule, die sowohl eine Ausbildung nach dem PflBG als auch nach dem PflFAssG anbietet, kann nur begrenzt dabei helfen, die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen für den theoretischen Unterricht zu erfüllen. Denn eine zusätzliche, wenn auch kürzere Ausbildung erfordert mehr Personal und kann nicht vollständig durch eine Personalunion des bereits vorhandenen Stammpersonals der Pflegefachausbildung kompensiert werden.

Während der Einsatz von Lehrenden auf Masterniveau für den theoretischen Unterricht bei der Pflegefachausbildung nach dem PflBG unbedingt nachvollzogen werden kann, ist dies vor dem Hintergrund des hohen Bedarfs an Pflegefachassistentenpersonen in der Versorgung, der weit über das bestehende Angebot der landesrechtlich geregelten Helferausbildungen hinausgeht, für die Ausbildung zur Pflegefachassistentenz kritisch zu hinterfragen.

Denn dies würde gerade der Neugründung von Ausbildungsgängen nach dem PflFAssG im Weg stehen und den dringend benötigten Personalaufwuchs im Bereich der Pflegefachassistentenz (Stichwort: Umsetzung PeBeM) ausbremsen. Ebenso wird es nicht möglich sein, dass Pflegeschulen, die bereits eine Helferausbildung nach Landesrecht anbieten, ihr bestehendes Personal „so einfach“ weiterqualifizieren können, denn die Studienplätze in den einschlägigen Masterstudiengängen sind stark begrenzt und müssen

zudem bereits den Qualifikationszuwachs für die Pflegefachausbildung bewältigen. Insofern wäre es wünschenswert, wenn die Länder hier abweichende Regelungen unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten zulassen und zusätzlich die Anzahl der Studienplätze im Bereich der Medizin- und Pflegepädagogik sowie weiterer zulässiger Studiengänge deutlich erhöhen.

Dies betrifft insbesondere das Masterniveau, das ein Nadelöhr in allen gesundheits-, therapie- und pflegewissenschaftlichen Studiengängen darstellt. Ziel sollte ein empirisch begründeter und damit nachhaltiger Qualifikationszuwachs sein, der sich an den tatsächlichen Möglichkeiten vor Ort orientiert und auch von Sonderregeln im Hinblick auf die Versorgungssicherheit Gebrauch macht. Grundsätzlich sollte bei der Ressourcenallokation des Lehrpersonals auf Masterniveau die Pflegefachausbildung begünstigt und die Pflegefachassistentenausbildung nachgestellt werden. Ein Abschluss des geforderten Qualifikationsaufwuchses in der Pflegefachassistentenausbildung bis zum 31. Dezember 2035 erscheint vor dem Hintergrund des Parallelprozesses in der Pflegefachausbildung, der ebenso vor erheblichen Schwierigkeiten in Bezug auf die Zielerreichung steht, nicht realistisch und ist daher mittelfristig anzupassen.

Ein weiteres Instrument zur Steigerung des Lehrpersonals für die Pflegefach- und Pflegefachassistentenausbildung könnte die Schaffung von Wegen und Zugängen für Quereinsteigende durch Kompetenzanerkennungsverfahren auf der Landesebene sein. In Rheinland-Pfalz besteht beispielsweise die Möglichkeit, dass Quereinsteigende eine Berufstätigkeit an einer Pflegeschule als sogenannte fachpraktische Lehrkraft aufnehmen können. Dies gilt aktuell jedoch leider nur für die berufsbildenden Schulen in öffentlicher Trägerschaft. Es wäre daher wünschenswert, wenn solche und ähnliche Möglichkeiten des Personalaufbaus für die Lehre in den Pflegeausbildungen bundesweit genutzt werden könnten und eine Gleichstellung für Pflegeschulen in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft erfolgt.

Änderungsbedarfe

Artikel 1 § 8 Absatz 3 Satz 2 PflFAssEinfG wird wie folgt geändert:

*(3) [...] Sie können für die Lehrkräfte für die Durchführung des theoretischen **und praktischen** Unterrichts nach Absatz 1 Nummer 2, **zunächst** befristet bis zum 31. Dezember 2035 regeln, inwieweit die erforderliche Hochschulausbildung nicht oder nur für einen Teil der Lehrkräfte auf Master- **bzw. Bachelor-** oder vergleichbarem Niveau vorliegen muss.*

Zu § 9: „Gesamtverantwortung der Pflegeschule“

Die Regelungen zur Gesamtverantwortung der Pflegeschule entsprechen weitgehend den korrespondierenden Vorschriften nach § 10 PflBG und erscheinen daher sachgemäß.

Im Gegensatz zu einer jährlich beginnenden und endenden Ausbildung besteht bei der 18-monatigen Ausbildung zur Pflegefachassistenz allerdings das Problem, den Start, das Ende und die Ausbildungsinhalte so mit der 36-monatigen Pflegefachausbildung zu verzahnen, dass weder unnötige Wartezeiten entstehen noch die Durchlässigkeit zur Pflegefachausbildung (und wieder zurück) gefährdet ist.

Dazu kommt dann noch die Herausforderung, die bestehenden Möglichkeiten zur Anerkennung vorhandener Kenntnisse und Erfahrungen in vollem Umfang nutzen zu können, sowohl im Hinblick auf eine Verkürzung der Pflegefachassistentenausbildung bei vorzeitig beendeter Pflegefachausbildung als auch umgekehrt für den reibungslosen Eintritt in eine verkürzte Pflegefachausbildung nach erfolgreich beendeter Ausbildung zur Pflegefachassistenz.

Damit dieses Konglomerat an unterschiedlichen Chancen und Möglichkeiten in der Praxis zielführend zur Anwendung kommen kann, sind hier funktionale Gestaltungsfreiheiten für die Pflegeschulen notwendig. Wünschenswert wäre die Schaffung entsprechender Voraussetzungen auf der Landesebene, die die Pflegeschulen dazu befähigen, die für eine sinnvolle Harmonisierung erforderlichen Parameter, wie Start- und Endpunkte, sowie die curricularen Inhalte im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung für den Ausbildungsverlauf (in definierten Korridoren) selbst zu bestimmen.

Unterstützt werden könnte dies durch eine entsprechend kompatible Ausgestaltung der Rahmenlehrpläne durch die Fachkommission nach § 53 PflBG. Überaus hilfreich wäre in diesem Zusammenhang eine Musterhandreichung, in der unterschiedliche Möglichkeiten für ein durchlässiges Über- bzw. Zurückgleiten von der einen in die andere Ausbildung beschrieben wird (Stichwort: Bildungsweg).

Änderungsbedarfe

In Artikel 1 PflFAssEinfG wird in § 9 unter Absatz 2 ein neuer Absatz 3 eingefügt:

(3) Im Rahmen der Gesamtverantwortung für die Koordination des Ausbildungsverlaufs hat die Pflegeschule das Recht, die Start- und Endpunkte sowie die curricularen Inhalte der Ausbildung nach dem PflFAssG an die Ausbildung nach dem PflBG anzulehnen, sofern dies einem barrierearmen Übergang von der einen in die andere Ausbildung dient. Dies gilt im Besonderen in Verbindung mit den Regelungen nach § 10 und § 11 dieses Gesetzes.

Zu § 10: „Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung“ in Verbindung mit § 11: „Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen und Berufserfahrung“ und § 44 „Erarbeitung von Rahmenlehrplänen; Vorbereitungskurs“ sowie § 45: „Beratung; Aufbau unterstützender Angebote und Forschung“ und § 53: „Evaluierung“

Als Deutsches Rotes Kreuz begrüßen wir die Öffnung der Pflegefachassistentenausbildung auch für Zielgruppen, denen bislang kein (flächendeckender) Zugang zu einer Ausbildung in der beruflichen Pflege möglich war. Insofern trägt die Pflegefachassistentenausbildung nicht nur zu einer Stärkung der Versorgung und Entlastung von Pflegefachpersonen bei, sie bringt obendrein höhere Bildungschancen und Aufstiegsmöglichkeiten mit sich, was wiederum die gesellschaftliche Partizipation und letztlich auch Solidarität stärken kann.

Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass nicht jede motivierte Person, mit oder ohne allgemeinbildenden Schulabschluss, für eine berufliche Ausbildung und Tätigkeit in der Pflegefachassistentenz geeignet ist. Die entsprechenden Mechanismen zum Schutz der zu pflegenden Menschen, bestehend aus Bewerbungsverfahren und Prognose durch die Pflegeschule, halten wir an dieser Stelle jedoch für ausreichend.

Wünschenswert wäre, wenn im Rahmen der Pflegefachassistentenausbildung auch ein allgemeinbildender Schulabschluss erworben werden könnte, wie dies zurzeit bei einigen Helfer- und Assistentenausbildungen nach Landesrecht der Fall ist. Sehr begrüßt wird hingegen die Ergänzung in § 11 PflBG, wonach eine abgeschlossene Ausbildung nach dem Pflegefachassistentengesetz den Zugang in die Pflegefachausbildung ermöglicht. Hier wäre lediglich noch klarzustellen, dass dies auch diejenigen umfasst, die die Ausbildung zur Pflegefachassistentenz ohne Schulabschluss und mit positiver Eignungsprognose durch die Pflegeschule absolviert haben.

Ebenso gehen mit jeder Ausbildungsverkürzung wichtige didaktisch aufbereitete Lernerfahrungen verloren, was aus berufspädagogischer Sicht abzulehnen ist. Vor dem Hintergrund des hohen Bedarfs an Pflegefachassistentenzpersonen, die ungeachtet berechtigter fachlicher Einwände benötigt werden, um die medizinisch-pflegerische Versorgung heute und auch in Zukunft sicherzustellen, sehen wir aber in der Gesamtschau keine echte Alternative, als alles dafür zu tun, dass motivierte Menschen Zugänge zu einer Ausbildung in der Pflege erhalten. Insofern bewerten wir die Anrechnungszeiten zur Verkürzung der Pflegefachassistentenausbildung nach §§ 10 und 11 als sachgerecht, auch wenn wir uns in einer perfekten Welt mehr Zeit für das Lernen und die Kompetenzentwicklung wünschen würden.

Besonders zu würdigen ist in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, auf Antrag bei der zuständigen Behörde die vollständige Anrechnung einer vorzeitig beendeten

Pflegefachausbildung auf die Ausbildungsdauer der Pflegefachassistenz erwirken zu können, sofern die Zwischenprüfung nach dem PflBG bestanden wurde und das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet war. Dies war eine langjährige Forderung des DRK und der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

Positiv zu bewerten ist weiterhin, dass das BIBB Empfehlungen für die Prognoseentscheidung der Pflegeschulen nach § 10 Absatz 2 und zusätzlich für das Kompetenzfeststellungsverfahren nach § 11 Absatz 1 Nummer 3 erarbeiten soll, hier gemeinsam mit der Fachkommission nach § 53 PflBG. Die Fachkommission soll darüber hinaus, neben den Rahmenlehrplänen für die Pflegefachassistentenausbildung, einen gesonderten Rahmenlehrplan für den Vorbereitungskurs nach § 11 Absatz 2 erstellen, was der Qualitätssicherung in diesem Bereich sicher entgegenkommen wird, gerade im Fall der Anrechnung von Berufserfahrung nach § 11 Abs. 2 Nummer 2. Für die Pflegeschulen hat es eine hohe Bedeutung, dass die Rahmenlehrpläne rechtzeitig vorliegen, um ausreichend Zeit für die curriculare Arbeit zu haben. Es ist zudem zu begrüßen, dass die Regelungen nach §§ 10 Absatz 2 und 11 Absatz 2 zum 31. Dezember 2031 evaluiert werden sollen, sodass hier, bei Bedarf, nachgesteuert werden kann.

Gleichzeitig sollte zur besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Familie die Ausbildung zur Pflegefachassistenz flächendeckend in Teilzeit angeboten werden. Anders als bei der Ausbildung zur Pflegefachperson vermuten wir hier eine höhere Nachfrage, insbesondere seitens der Einrichtungen, die berufserfahrene Mitarbeitende aus der Gruppe der gering oder unqualifizierten Pflegehelfenden weiterqualifizieren wollen.

Die Gleichstellung bei den Anrechnungszeiten der beruflichen Vorerfahrung von den in Teilzeit arbeitenden Personen mit den in Vollzeit Tätigen gilt es wiederum sehr zu begrüßen. Dies hatten wir als DRK in unserer Stellungnahme aus 2024 empfohlen, da hierdurch Ausbildungswege für Menschen geschaffen werden können, die aufgrund von familiären Verpflichtungen bislang nur in Teilzeit in der Pflege arbeiten konnten.

Zu § 12: „Anrechnung von Fehlzeiten“

In den jetzigen landesrechtlichen Ausbildungen zur Pflegehilfe/Pflegeassistenz besteht die Erfahrung, dass die Schülerinnen und Schüler im Mittel höhere Krankheitstage haben als diejenigen, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachperson befinden.

Die Auszubildenden in der zukünftigen Pflegefachassistentenausbildung werden sich zu einem Großteil aus einem anderen sozialen Milieu rekrutieren als jene, die sich in der Pflegefachausbildung befinden. In der Gesundheitswissenschaft ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Gesundheitszustand evident, auch bereits bei Jugendlichen⁵.

Das DRK setzt sich daher für die Erhöhung der Fehlzeiten auf jeweils 20 % ein.

Änderungsbedarfe

Artikel 1 § 12 Absatz 1 Nummer 2 PflFAssEinfG wird wie folgt geändert:

2. *Fehlzeiten wegen Krankheit oder aus anderen, von der auszubildenden Person nicht zu vertretenden Gründen*
 - a) *bis zu ~~10-20~~ Prozent der Stunden des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie*
 - b) *bis zu ~~10-20~~ Prozent der Stunden der praktischen Ausbildung nach Maßgabe der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung,*

Zu § 47: „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Finanzierung; Verordnungsermächtigung“

Auch diese Regelungsinhalte entsprechen überwiegend den korrespondierenden Vorschriften nach § 56 PflBG. Einzig in Absatz 1 Nummer 1 fehlt eine Ergänzung der Aufzählung, die in der Variante nach dem PflBG jedoch enthalten ist. Dies bitten wir entsprechend anzupassen.

Änderungsbedarfe

Artikel 1 § 47 Absatz 2 Nummer 2 PflFAssEinfG wird wie folgt geändert:

1. *die Mindestanforderungen an die Ausbildung, **die Berücksichtigung digitaler Lehrformate sowie genderspezifische Kompetenzvermittlung,***

Artikel 2: „Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung“

Zu § 4: „Unterschiedliche Pauschalen bei Pauschalbudgets“

Die Differenzierung der Pauschalen nach § 4 Abs. 2 der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung hat sich in der Praxis bewährt, um z. B. auf strukturelle Herausforderungen eines „Flächenlandes“ angemessen reagieren zu können.

Eine Differenzierung der Pauschalen ist aktuell möglich, wenn die Differenzierung nach sachgerechten, allgemeinen, objektiven und für alle Träger der praktischen Ausbildung oder für alle Pflegeschulen nach gleichen Kriterien erfolgt. So haben ambulante Pflegedienste

zumeist weniger Praxisanleitende als Krankenhäuser und benötigen deshalb kürzere Abschreibungszeiten beim Weiterbildungsaufwand zur Qualifizierung der Praxisanleitenden. Bei Pflegeschulen kann dagegen die Berücksichtigung der Schulgröße den Erhalt von kleineren Pflegeschulen in ländlichen Räumen erleichtern.

Die ursprüngliche, mit der Befristung der sogenannten differenzierten Pauschalen verbundene Befürchtung, dass sich hierdurch eine strukturelle Benachteiligung der Langzeitpflege ergeben könnte, hat sich glücklicherweise nicht bestätigt. Als Deutsches Rotes Kreuz sprechen wir uns daher für eine Entfristung der Regelung nach § 4 Abs. 2 PflAFinV aus.

Änderungsbedarfe

Artikel 2 § 4 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Eine Differenzierung der Pauschalen für einen Kostentatbestand nach Art der Ausbildung ist zulässig. Im Übrigen ist sie ~~nur bis zum Festsetzungsjahr 2028 zulässig und nur dann~~ zulässig, wenn die Differenzierung nach sachgerechten, allgemeinen, objektiven und für alle Träger der praktischen Ausbildung oder für alle Pflegeschulen gleichen Kriterien erfolgt. Unzulässig ist insbesondere eine Differenzierung nach ~~Versorgungsbereichen oder~~ Trägerstrukturen ohne einen sachlichen Grund.

Zu Anlage 1: Kosten der Träger der praktischen Ausbildung und der Pflegeschulen ohne Berücksichtigung der Ausbildungsvergütung

Die Pflegeschulen aus den DRK-Gliederungen berichten über intensiviertere psychosoziale Problemlagen vieler Auszubildender, denen das Lehrpersonal allein nicht mehr gewachsen ist. Sie sehen einen hohen Bedarf für Schulsozialarbeit, um den Ausbildungserfolg für Schülerinnen und Schüler in herausfordernden Lebenslagen zu gewährleisten.

Allerdings fehlt dafür bis heute eine systematische Finanzierungsmöglichkeit. Angesichts der Einführung der Pflegefachassistentenausbildung, die an den gleichen Pflegeschulen angeboten werden wird, ist dies jedoch dringend erforderlich. Beispielsweise legen unsere Erfahrungen mit dem Programm „Assistierte Ausbildung in der Pflegehilfe“⁶ aus Sachsen-Anhalt nahe, dass die Auszubildenden in der Pflegehilfeausbildung hochkomplexe psychosoziale Unterstützungsbedarfe haben (bis hin zur drohenden Wohnungslosigkeit), die die Möglichkeiten der Ausbildungsinstitute wie auch der Ausbildungsträger weit überschreiten.

Das Land Berlin schreibt als erstes Bundesland die Vorhaltung von Schulsozialarbeitenden an den Pflegeschulen vor, weshalb es gelungen ist, diese Kosten der Pflegeschulen durch den

Ausbildungsfonds auf Landesebene geltend zu machen. In anderen Bundesländern wie Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern oder Bayern wurde die Finanzierungsfähigkeit der Schulsozialarbeit durch die Ausbildungsfonds allerdings abgestritten. Dazu kommt, dass die Pflegeschulen in vielen Bundesländern nicht unter das Schulrecht fallen und damit formal aus den Landesschulgesetzen ausgeschlossen sind. Berufsbildende Schulen in öffentlicher Trägerschaft haben dagegen die Möglichkeit, die schulpsychologischen Dienste der Länder zu nutzen, die außerhalb der Pauschalbudgets nach dem PflBG finanziert werden. Hier sollte eine Gleichstellung der trägerbezogenen Pflegeschulen erfolgen.

In der Ausbildungsinitiative Pflege haben sich die unterzeichnenden Akteure, zu denen auch die Selbstverwaltungspartner gehören, die die Budgetverhandlungen auf der Landesebene durchführen, dazu verpflichtet, „Unterstützungsangebote zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen“ bereitzustellen, und dass „die jeweiligen Kosten [...] bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets berücksichtigt“ werden⁷. In der Praxis wird dem allerdings keine Rechnung getragen, obwohl der Arbeitskräftesicherung in den Pflegeberufen ein hohes öffentliches Interesse zukommen sollte und die gesellschaftlichen Folgekosten um einiges höher ausfallen dürften.

Ein weiterer Finanzierungsbedarf der Pflegeschulen, der bis heute nicht systematisch geregelt ist, sind die Miet- und Investitionskosten der freien, also nicht an ein Krankenhaus gebundenen Pflegeschulen, bei denen es sich größtenteils um die ehemaligen Fachseminare für Altenpflege handelt.

Als DRK haben wir hierauf bereits bei der Einführung der Ausbildung zur Pflegefachperson hingewiesen⁸. Die ursprünglich angedachte Lösung, dass sich Bund und Länder die Miet- und Investitionskosten der Pflegeschulen teilen, konnte nicht realisiert werden. Stattdessen wurden allein die Bundesländer in die Verantwortung gesetzt, die allerdings bereits mit der Finanzierung der Investitionskosten für die Leistungserbringung in den Krankenhäusern, Einrichtungen und Diensten überfordert sind.

Die Folgen sind bis heute spürbar, denn die Finanzierung der Miet- und Investitionskosten der Pflegeschulen wird bundesweit höchst unterschiedlich gehandhabt und hängt unmittelbar vom politischen Willen und den damit verbundenen Prioritäten im jeweiligen Bundesland zusammen. Dem gilt es dringend entgegenzuwirken, denn für die Einführung der Pflegefachassistentenausbildung und die damit verbundenen (nicht zuletzt durch die höheren Qualitätsanforderungen ausgelöst) Umgestaltungs- und Entwicklungsprozesse vor Ort ist eine betriebswirtschaftlich kostendeckende Finanzstruktur unumgänglich.

Auch wenn in einzelnen Bundesländern Lösungen zur Finanzierung der Schulsozialarbeit sowie der Miet- und Investitionskosten der Pflegeschulen gefunden wurden, sieht das DRK

eine systematische und regelhafte Finanzierungsmöglichkeit auf der Landesebene nur durch eine Aufnahme dieser Kostenarten in die Anlage 1 zur PflAFinV in expressis verbis gegeben.

Änderungsbedarfe

Ergänzung der Anlage 1 zur PflAFinV um die Kosten der Pflegeschulen für Schulsozialarbeit sowie deren Miet- und Investitionskosten

Artikel 3: „Änderung des Pflegeberufgesetzes“

Zu § 9: „Mindestanforderungen an Pflegeschulen“

Das DRK begrüßt die Verlängerung der Übergangsregelungen für die Qualifikation des Lehrpersonals an den Pflegeschulen bis 2035, die somit an die Regelungen nach dem PflFAssG angeglichen werden.

Dies trägt einerseits der Situation auf dem Arbeitsmarkt in der Medizin- und Pflegepädagogik Rechnung und eröffnet andererseits die Möglichkeit, das Bestandspersonal berufsbegleitend weiter zu qualifizieren.

Gleichzeitig verhindert die Angleichung der Frist unnötige Bürokratie und Administration für die Pflegeschulen, zumal es sich in vielen Fällen um die gleichen Personen handeln wird, die sowohl in der einen als auch der anderen Ausbildung tätig sind.

Artikel 5: „Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch“

Zu § 54a: „Einstiegsqualifizierung“ in Verbindung mit § 57: „Förderungsfähige Berufsausbildung“

Die Aufnahme der Pflegefachassistentenausbildung in die Tatbestände der betrieblichen Einstiegsqualifizierung nach § 54a SGB III und die förderungsfähigen Berufsausbildungen nach § 57 SGB III wird sehr begrüßt.

Gerade die Öffnung für die Förderinstrumente nach dem SGB III, wie die Assistierte Berufsausbildung, die Berufsausbildungsbeihilfe, den Mobilitätzuschuss oder die begleitete betriebliche Ausbildung, kann zur Sicherung des Ausbildungserfolgs von Auszubildenden mit geringer Schulbildung und/oder mit (Lern-)Behinderung beitragen. Ebenso wird eine Förderung nach dem BAföG ermöglicht.

D. Kontakt

Christian Hener

C.Hener@drk.de

Referent für Pflegeberufe und Kompetenzentwicklung in der Pflege

Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Benjamin Fehrecke-Harpke

B.Fehrecke@drk.de

Koordination Altenhilfe/ Stv. Leitung

Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

Quellenangaben

- ¹ **Deutsche Aidshilfe** (Hg.) (2009). Factsheet. HIV und Arbeit. Online im Internet: https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/positivarbeiten_-_factsheet_hiv_und_arbeit_0.pdf [04.07.2025]
- ² **Diakonie Deutschland** (Hg.) (2023). Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen. Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023). Online im Internet: https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/231010_Empfehlungen_AQP_final.pdf [04.07.2025]
- ³ **Think Tank Vorbehaltsaufgaben** (TT VA) & **Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.** (DGP) (Hg.) (2024) Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung. Online im Internet: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2024/03/Vorbehaltsaufgaben-Broschuere-DGP-1.pdf> [04.07.2025]
- ⁴ **Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts** vom 24.07.2024. Online im Internet: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_284_212.html [04.07.2025]
- ⁵ **Quon, E. C., & McGrath, J. J.** (2014). Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychology*, 33(5), 433. Online im Internet: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5756083/pdf/nihms6738.pdf> [04.07.2025]
- ⁶ **Netzwerkstelle Pflegehilfe** im DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt (Hg.) (2025). Das Projekt „Assistierte Ausbildung für die Pflegehilfe“. Online im Internet: <https://www.pflegeberufe-sachsen-anhalt.de/de/ausbildung/daten-des-projektes-kontaktdaten> [04.07.2025]
- ⁷ **Abschlussbericht der Ausbildungsoffensive Pflege** (2019 - 2023). Online im Internet: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/246064/f0b267c1e82c553f73c21fe7993be593/ausbildungsoffensive-pflege-2019-2023-abschlussbericht-data.pdf> [04.07.2025]
- ⁸ **Deutsches Ärzteblatt** (Hg.) (2019). DRK bemängelt fehlende Finanzierung der Pflegeschulen. Online im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/news/drk-bemaengelt-fehlende-finanzierung-der-pflegeschulen-4f043dd8-8181-430e-ae22-a94adedc877f> [04.07.2025]