



Berlin, 04.Mai 2023

**Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes und des Verbandes der Schwesternschaften vom DRK zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG)**

## **A. Präambel**

Als Deutsches Rotes Kreuz haben wir die Umwandlung des primärqualifizierenden Pflegestudiums nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) in ein duales Studium, sowie eine damit verbundene, systematische Refinanzierung einer Ausbildungsvergütung für die Pflegestudierenden während des gemeinsamen Beratungsprozesses in der Ausbildungsoffensive Pflege empfohlen. Insofern begrüßen wir die in dem vorliegenden Referentenentwurf (RefE) enthaltenen Maßnahmen zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, die eben jenes vorsehen, außerordentlich.

Weiterhin haben wir in der Ausbildungsoffensive Pflege auf die Verstetigung der in der inzwischen außerkraftgetretenen Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (EpiGesAusbSichV) enthaltenen Möglichkeiten zur Flexibilisierung der Unterrichtsgestaltung hingewiesen. Deshalb begrüßen wir die vorgesehene Verankerung der während der COVID-19 Pandemie erfolgreich erprobten digitalen Unterrichtsformate in die Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) – sowie die Aufnahme der digitalen Kompetenzen in die Ausbildungsziele und Kompetenzkataloge für die Pflegeberufe nachdrücklich.

Die Notwendigkeit zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Anerkennungsverfahren von im Ausland erworbenen Pflegeausbildungen haben wir in unseren Stellungnahmen zu dem PflBG und der PflAPrV zum Ausdruck gebracht, weshalb wir das Vorhaben der Bundesregierung, eben dieses zu realisieren, ausdrücklich würdigen. Ferner soll im Pflegeberufegesetz klargestellt werden, dass zu den Ausbildungskosten auch die Kosten einer zusätzlichen Ausbildung im Rahmen der Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung zählen, was uns stets ein großes Anliegen war, und insofern ebenso positiv zu werten ist.

Lediglich die fehlende Möglichkeit der DRK-Schwesterenschaften als Träger des dualen Pflegestudiums aufzutreten, sieht das Deutsche Rote Kreuz als problematisch an. Dies resultiert daraus, dass die DRK-Schwesterenschaften nicht durch das Pflegeberufegesetz, sondern das DRK-Gesetz zur Trägerschaft für die Pflegeausbildung mandatiert werden. Das primärqualifizierende Pflegestudium nach dem PflBG sah bislang keine Trägerschaft für die praktische Ausbildung vor, insofern gab es auch keine Notwendigkeit dies im DRKG gesondert auszuweisen.

Ein entsprechender Lösungsvorschlag sowie weitere Änderungsvorschläge zu den im vorliegenden RefE beinhalteten Regelungen können dem nachfolgenden Text entnommen werden.

## **B. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Zu Artikel 1**

Mit Artikel 1 wird im Wesentlichen das bestehende primärqualifizierende Pflegestudium in ein duales Studium überführt, was wir als Deutsches Rotes Kreuz sehr begrüßen. Denn faktisch handelt es sich bei der hochschulischen Pflegeausbildung nach dem PflBG, aufgrund des hohen Praxisanteils, schon jetzt um ein dual angelegtes Studium, nur mit dem Nachteil, dass es, anders als bei der beruflichen Pflegeausbildung, bislang keine systematische Finanzierungsgrundlage für eine Ausbildungsvergütung der Pflegestudierenden gab. Dies hat in der Folge dazu geführt, dass sich die an einem Pflegestudium interessierten Personen eher für eine berufliche Ausbildung entschieden haben, sodass wertvolle Ausbildungskapazitäten in den Hochschulen ungenutzt blieben.

### **Auf- und Ausbau des akademischen Personalkörpers in der Pflege**

Die Förderung des akademischen Personalkörpers in der Pflege hat mehrere Gründe: Dazu gehören beispielsweise die Forderung des Wissenschaftsrats nach 10% bzw. 20% an hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, aber auch der Fachpersonenmangel in allen Versorgungsbereichen der Pflege, gerade vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung. Für das Deutsche Rote Kreuz muss die hochschulische Pflegeausbildung daher auch als ein Baustein für eine umfassende Fachpersonenstrategie in allen Versorgungsbereichen der Pflege gesehen werden. Denn von einem deutlich attraktiveren dualen Pflegestudium versprechen wir uns die Ansprache von Zielgruppen, die durch die berufliche Pflegeausbildung bislang nicht erreicht werden konnten. Sodass am Ende, so die Hoffnung, insgesamt mehr Menschen in der praktischen Pflege tätig sein werden, als es mit der beruflichen Pflegeausbildung, als alleinige Säule des Fachpersonenaufbaus, der Fall gewesen wäre.

Darüber hinaus werden hochschulisch ausgebildete Pflegenden aber auch für die Aufstockung des akademischen Personalkorpus in der Pflege generell benötigt. Denn die Vorgaben des PflBG, wonach die Lehrenden für den theoretischen Unterricht auf Masterniveau qualifiziert sein sollen, führen zu einem Mangel an geeigneten Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen, was wiederum den Kapazitätsaufbau in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung bremst. Dazu werden mehr Lehrstühle in den Bereichen der Pflegewissenschaft benötigt, aber auch Promovierende und Habilitierende, um Professuren und Mitarbeitende in allen Zweigen der akademischen Pflege besetzen zu können. Und nicht zuletzt sollte die Praxisanleitung für die hochschulische Pflegeausbildung perspektivisch auf Bachelorniveau erfolgen.

Als Deutsches Rotes Kreuz empfehlen wir daher den grundsätzlichen Ausbau der pflegewissenschaftlichen Lehre und Forschung an den (Fach-)Hochschulen und Universitäten, wobei es zu prüfen wäre, ob den (Fach-)Hochschulen zukünftig ein größerer Forschungsauftrag zukommen könnte, wie es beispielsweise in der Schweiz der Fall ist. Denn die meisten pflegebezogenen Studiengänge sind an (Fach-)Hochschulen angesiedelt, was eine Promotion der wissenschaftlichen Angestellten derzeit erschwert.

## **Mandatierung der DRK-Schwesternschaften als Träger des praktischen Ausbildungsteils für das duale Pflegestudium**

Damit sich das Deutsche Rote Kreuz vollumfänglich an dem neu zu schaffenden dualen Pflegestudium beteiligen kann, müssen die DRK-Schwesternschaften als Ausbildungsträger für den praktischen Teil der hochschulischen Pflegeausbildung ergänzt werden, wie es auch bei der beruflichen Ausbildung in der Pflege der Fall ist. Nach dem RefE lehnt sich die Rechtssystematik zur Trägerschaft des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung in § 38a Absatz 2 (neu) zwar an die der beruflichen Ausbildung in der Pflege an. Die Mandatierung der DRK-Schwesternschaften als Ausbildungsträger ergibt sich allerdings durch § 2 Absatz 5 DRKG, wonach „§ 8 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes [...] mit der Maßgabe [gilt], dass neben Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes auch vereinsrechtlich organisierte Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e. V. Träger der praktischen Ausbildung sein können“.

Die Notwendigkeit für diese Ergänzung des DRKG, die durch Artikel 11a des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019 (BGBl. I S. 1604) erfolgte, ergab sich durch das Inkrafttreten des PflBG. Dieses trat zum 01.01.2020 an die Stelle der bisherigen Berufsgesetze in der Pflege, nach denen die DRK-Schwesternschaften ipso jure als Ausbildungsträger auftreten konnten. Da die hochschulische Pflegeausbildung zu diesem Zeitpunkt noch als konventionelles Vollzeitstudium konzipiert war, entfiel die Notwendigkeit eine Ausbildungsträgerschaft für den praktischen Teil des Pflegestudiums äquivalent mitzudenken – es gab sie schlicht weg noch nicht.

Dies hat jedoch nun zur Folge, dass sich die Formulierung des DRKG ausschließlich auf den Teil der beruflichen Ausbildung in der Pflege bezieht, während das duale Pflegestudium nach dem RefE davon ausgeschlossen wäre. Die DRK-Schwesternschaften könnten dem aktuellen Rechtsstand zur Folge daher keine Ausbildungsplätze für die hochschulische Pflegeausbildung zur Verfügung stellen, wodurch wertvolle Ausbildungskapazitäten für die akademische Pflege verloren gehen würden.

### **Wir schlagen daher folgende Lösung vor:**

Artikel 1 Nummer 10 des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG) wird wie folgt geändert:

#### **„§ 38a**

##### *Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung*

*(2) Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung im Sinne von Absatz 1 können ausschließlich Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 sowie nach Maßgabe von Teil 2 des Pflegeberufgesetzes vereinsrechtlich organisierte Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz sein, die mit mindestens einer Hochschule eine Kooperationsvereinbarung über die Durchführung der Praxiseinsätze geschlossen haben.“*

### **Streichung des Wertschöpfungsanteils für die berufliche Pflegeausbildung**

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt, dass bei der Ausbildungsvergütung für die dual Studierenden der hochschulischen Pflegeausbildung auf die Anrechnung eines Wertschöpfungsanteils verzichtet werden soll. Im Gegensatz dazu, soll der sogenannte Wertschöpfungsanteil aber für das zweite und dritte Ausbildungsjahr der beruflichen Pflegeausbildung bestehen bleiben. Dies stellt aus unserer Sicht jedoch eine Benachteiligung

der beruflichen Pflegeausbildung dar, die aufgrund des ähnlichen Umfangs an Theorie- und Praxisstunden nicht gerechtfertigt ist.

Wie in der Ausbildungsoffensive Pflege protokollarisch klargelegt, wird in § 27 PflBG nicht die Refinanzierung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden geregelt, sondern lediglich die anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütung. Der Wertschöpfungsanteil ist demnach die Differenz zwischen der Summe aus dem Ausbildungsfonds zur anteiligen Finanzierung der Ausbildungsvergütung und demjenigen Anteil der Ausbildungsvergütung, den die Ausbildungsträger selbst aufbringen müssen.

Anders als die Krankenhäuser, die diese Kosten im Rahmen ihrer Leistungserstellung real erwirtschaften können, ist dies für die Einrichtungen der Langzeitpflege aktuell jedoch nicht flächendeckend möglich. Während in den (wenigen) Bundesländern, in denen bereits vor dem PflBG eine anteilige Finanzierung der Ausbildungsvergütung erfolgte, und diese Kosten der „Wertschöpfung“, gewissermaßen historisch gewachsen, nach wie vor über die Pflegesätze geltend gemacht werden können, wird dieses Delta in anderen Bundesländern aktuell durch eine Anrechnung auf das Stammpersonal der Pflegeeinrichtungen kompensiert.

Dies führt allerdings de facto zu einem Abschmelzen von Stammpersonal. Sodass die Einrichtungen, die Pflegefachpersonen ausbilden und damit Verantwortung für die Zukunft der pflegerischen Versorgung übernehmen, mit effektiv weniger qualifizierten Pflegenden auskommen müssen. Dies wird in manchen Bundesländern auf die Spitze getrieben, indem sich die Anrechnung alleinig auf den Anteil der Fachkräfte bezieht, wodurch die Fachkraftquote in der stationären Langzeitpflege faktisch untergraben wird. Wir haben daher bereits in mehreren Stellungnahmen auf die Streichung des Wertschöpfungsanteils der Auszubildenden für das zweite und dritte Ausbildungsjahr hingewiesen, was wir nach wie vor als die einzig sachgerechte Lösung ansehen.

Unserer Auffassung nach sind Auszubildende in den Pflegeberufen in erster Linie Lernende, die in den Einrichtungen, unter ständiger Begleitung und Aufsicht durch Praxisanleitung und beruflich Pflegenden, die zur Berufsausübung benötigten theoretischen und praktischen Kompetenzen erwerben und vertiefen. Es ist daher nur von einer geringfügigen Wertschöpfung auszugehen, die eine Anrechnung auf den Personalschlüssel unserer Ansicht nach nicht rechtfertigt. Zudem durchlaufen die Auszubildenden nach dem PflBG eine Vielzahl von Ausbildungsstätten, die sich häufig zu einem gemeinsamen Ausbildungsverbund zusammengeschlossen haben. Eine monokausale Zurechnung der Arbeitsleistung, zu einer bestimmten Ausbildungsstätte, wie das in den bisherigen Ausbildungen nach dem AltPflG und KrPflG noch der Fall war, ist daher faktisch nicht mehr möglich.

Gleichzeitig werden die Auszubildenden in ihrer Rolle als Lernende überfordert, wenn sie aufgrund knapper, personeller Ressourcen, weniger Anleitung durch Pflegefachpersonen erhalten, als sie eigentlich benötigten. Wie allseits bekannt, kann ein solcher „Praxisschock“ in der Folge zu einem vorzeitigen Ausbildungsabbruch bzw. Berufsausstieg nach bereits erfolgter Ausbildung führen. Vor dem Hintergrund des allgemeinen Fachkräftemangels in allen Versorgungsbereichen der Pflege, kann das nicht das Ziel sein.

### **Bestehende Finanzierungslücken schließen**

Für den Fall, dass der Wertschöpfungsanteil für das zweite und dritte Ausbildungsjahr nicht unmittelbar gestrichen wird, muss übergangsweise eine pragmatische Möglichkeit zur Refinanzierung für die ambulante und stationäre Langzeitpflege gefunden werden. Dies könnte, unter der Voraussetzung eines echten Sockel-Spitze-Tausches, durch eine regelhafte Einpreisung in die Pflegesätze, ohne zusätzliche Belastungen für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen erfolgen.

Ebenso wäre eine leistungsgerechte Erhöhung des in die Ausbildungsfonds einzubringenden Finanzierungsvolumens der sozialen Pflegeversicherung denkbar, um den Wertschöpfungsanteil der Auszubildenden in der Langzeitpflege zu refinanzieren.

Darüber hinaus haben die Pflegeschulen, die nicht an ein Krankenhaus angeschlossen sind, bislang noch keine flächendeckende Möglichkeit zur Finanzierung ihrer Investitionskosten. Diese werden in manchen Bundesländern zwar durch das jeweilige Land getragen, wir würden uns hier jedoch eine bundeseinheitliche Lösung wünschen, um eine Chancengleichheit für die solitären Pflegeschulen herzustellen, die ansonsten mit deutlichen Wettbewerbsnachteilen gegenüber den Klinikschulen zu kämpfen haben.

Des Weiteren wäre es wünschenswert, wenn der Anteil der Ausbildungskosten, die von den Einrichtungen der Langzeitpflege an die Pflegebedürftigen weitergereicht werden müssen, gänzlich aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung, und ohne Belastung des Eigenanteils der pflegebedürftigen Menschen finanziert wird. Denn für das DRK ist die Erhaltung und Weiterentwicklung der Pflegeprofession vor dem Hintergrund ihrer systemrelevanten Bedeutung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein denen obliegen darf, die darauf angewiesen – und damit ohnehin schon hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind.

### **Zusatzausbildung in heilkundlichen Kompetenzen fördern**

Die aus dem RefE hervorgehende Klarstellung, dass zu den Ausbildungskosten auch diejenigen der Zusatzausbildung im Bereich der Heilkunde gehören, möchten wir als Deutsches Rotes Kreuz explizit würdigen. Wie auch die Ergänzung in expressis verbis, dass hierfür gesonderte Pauschalen vereinbart werden können.

Die Übertragung von heilkundlichen Kompetenzen auf Pflegefachpersonen ist eine langjährige Empfehlung des DRK, um einerseits die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen zu stärken, insbesondere in strukturschwachen oder ländlichen Regionen, und andererseits die Attraktivität des Berufsbildes, durch fachspezifische Karriereentwicklung, zu erhöhen.

Die hierauf einzahlenden Modellvorhaben nach §§ 63 Absatz 3c SGB V bzw. 64d SGB V setzen das Absolvieren einer entsprechenden Zusatzausbildung nach § 14 PflBG in heilkundlichen Kompetenzen voraus, damit sie begründet und vertraglich fixiert werden können. Umgekehrt ist das Angebot einer Zusatzausbildung nach § 14 PflBG jedoch an die Teilnahme an einem entsprechenden Modellvorhaben gekoppelt, damit es genehmigt werden kann. Dies führt in der Praxis dazu, dass die Ausbildungsinstitute daraufsetzen, dass Leistungserbringer und Kostenträger ein Modellvorhaben gründen, an das sie sich anschließen können, während die Leistungserbringer und Kostenträger erst abzuwarten scheinen, bis die nötigen Qualifizierungsangebote vorhanden sind. Dass es sich hierbei um einen Zirkelschluss handelt, zeigt sich auch daran, dass bislang noch kein entsprechendes Curriculum genehmigt oder Modellvorhaben vereinbart wurde, obwohl die Landeskrankenkassen damit zum 01.01.2023 beauftragt wurden.

In unseren Verbandsgliederungen konnten wir eine hohe Nachfrage beobachten, sowohl zur Teilnahme an einem Modellvorhaben als auch für die Bereitstellung der entsprechenden Qualifizierungsangebote. Bei der Beratung unserer Gliederungen zu ebensolchen Projekten hat sich jedoch herausgestellt, dass sich das einmalige Angebot einer Zusatzausbildung nach § 14 PflBG für die Ausbildungsinstitute nicht lohnt, da der Aufwand für die Erstellung, Genehmigung und Durchführung viel zu hoch ist. Wir empfehlen daher die Zusatzausbildung nach § 14 PflBG deutlich attraktiver zu gestalten, beispielsweise indem die

Ausbildungsinstitute die Möglichkeit zur Verstetigung der Curricula erhalten, sofern diese erfolgreich durchgeführt wurden.

Dafür spricht auch, dass Pflegefachpersonen, angesichts der prognostizierten, epidemiologischen Entwicklungen (Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität), sowie aktueller, gesundheitspolitischer Vorhaben, wie die Einführung von Level-1-Kliniken, Gesundheitszentren, Gesundheitskiosken oder Community Health Nursing, zukünftig über deutlich höhere Kompetenzen im Bereich der Heilkunde verfügen müssen. Insofern lohnt es sich diesen Kompetenzaufbau in der Pflegeprofession bereits jetzt anzugehen.

## **Novellierung des Heilpraktikerrechts**

Am Beispiel der Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung zeigt sich symptomatisch für alle Gesundheitsfachberufe in diesem Land eines der größten Versäumnisse in der Gesundheitspolitik: Die fehlende, systematische Regelung der heilkundlichen Kompetenzen, Befugnisse und Mandate der sogenannten Heilberufe.

Für das Deutsche Rote Kreuz ist die Schaffung eines Heilkundengesetzes, in dem eben dies vollzogen wird, eine der zentralen Forderungen der letzten Jahre. Ein weiterer vielversprechender Ansatz könnte in einer sektoralen Heilkundeerlaubnis für Pflegefachpersonen liegen, wie es sich langsam im Bereich der Physiotherapie etabliert.

## **Zu Artikel 2**

Durch Artikel 2 sollen in erster Linie die Regelungen zu den Anerkennungsverfahren des PfIBG vereinfacht und vereinheitlicht werden, was wir als DRK sehr begrüßen. Denn die bisherigen Verfahren zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Pflegeausbildungen, haben die gezielte Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem nicht europäischen Ausland stark behindert. Darüber hinaus wird in Umsetzung von Artikel 4f der EU-Richtlinie 2005/36/EG die Möglichkeit einer partiellen Berufserlaubnis in der Pflege eröffnet, die eine weitere Möglichkeit der Fachpersonengewinnung darstellen könnte, zunächst aber noch viele Fragen zur praktischen Umsetzung aufwirft.

## **Anwerbung von Pflege(fach-)personen ermöglichen**

Aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes kann die Anwerbung von Pflege(fach-)personen aus Drittstaaten als Teilstrategie einen zusätzlichen Beitrag zur Bekämpfung der gegenwärtigen Personalnot im Gesundheits- und Pflegesektor leisten und dem vorherrschenden Personalmangel kompensatorisch entgegenwirken. Ressourcenintensive und langwierige individuelle Gleichwertigkeitsprüfungen im Rahmen der aktuellen Anerkennungsverfahren erschweren jedoch bislang die Durchführung von systematischen Anwerbeprogrammen ausländischer Pflege(fach-)personen. Neue Rahmenbedingungen zur Vereinfachung des (Prüf-)Verfahrens, z.B. durch die Nutzungsmöglichkeit standardisierter Vorlagen für die Prüfung der Ausbildungsinhalte, sind daher ausdrücklich zu begrüßen.

Die Änderung der Begründungserfordernisse der Feststellungsbescheide bzgl. der Anerkennung von Berufsqualifikationen aus Drittstaaten, wie sie in dem RefE vorgesehen ist, zeigt hier einen neuen Pfad auf. Demnach sollen Anpassungsmaßnahmen keine vorab identifizierten Unterschiede mehr ausgleichen, sondern die bereits erlernten Fähigkeiten aufdecken. Hinzu kommt, dass zukünftig Mustergutachten und landesinterne oder -

übergreifende Prüfraster verwendet werden sollen, was die Verfahren einerseits vereinfachen und andererseits vereinheitlichen kann.

Förderlich wirken die in § 43a Absatz 1 (neu) explizit aufgelisteten erforderlichen Unterlagen, die zur Einreichung im Rahmen der Verfahren vorausgesetzt werden. Dies schafft gleichermaßen Klarheit für den Prozess von antragsstellender Person und zuständiger Behörde. Dies möchten wir als Deutsches Rotes Kreuz würdigen. Gleichzeitig bleibt es allerdings sicherzustellen, dass eine Beschleunigung der Prüfverfahren keinesfalls Einbußen bzgl. hoher Qualitätsanforderungen in der Ausübung der erlernten Qualifikation zur Folge hat.

### **Partielle Berufszulassung in der Pflege sinnvoll ausgestalten**

Ferner wird mit dem RefE eine Ergänzung der EU-Richtlinie 2005/36/EG umgesetzt, die die Schaffung der Voraussetzungen zur Erteilung einer Erlaubnis zur partiellen Berufsausübung vorsieht. Hierdurch soll es möglich sein, einen im Aufnahmemitgliedstaat reglementierten Beruf auch dann auszuüben, wenn der in dem Herkunftsstaat erworbene, reglementierte Beruf in den gleichen Tätigkeitsbereich fällt, aber diesem nur partiell (teilweise) entspricht.

Diese Regelung ist zunächst zu begrüßen, da sich hierdurch das transeuropäische Fachpersonspotential letztlich vergrößert. Ob dies graue Theorie bleibt, oder gelebte Praxis wird, entscheidet sich sicherlich an der Frage der jeweiligen Zulassungs- und Anerkennungsverfahren. Wünschenswert wäre, diese von Beginn an bundeseinheitlich und vor allem bürokratiearm umzusetzen. Darüber hinaus darf eine partielle Berufsausübung oder Dienstleistungserbringung in der Pflege zu keiner Rechtsgutgefährdung für die Schutzbefohlenen (Patienten, Bewohner, Klienten, Kunden etc.) führen.

In der Praxis stellen wir uns die Erteilung einer Erlaubnis zur partiellen Berufszulassung in der professionellen Pflege jedoch eher schwierig vor, denn welche, außer den nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG mindestharmonisierten Berufen, könnten für die Übernahme der Vorbehaltsaufgaben in der Pflege in Frage kommen? Hinzu kommt, dass die Art und der Umfang der vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 PflBG aktuell noch strittig ist.

### **Zu Artikel 3 und Artikel 5**

Mit Artikel 3 und Artikel 5 erfolgt die Aufnahme von digitalen Kompetenzen in die Ausbildungsziele und Kompetenzkataloge für die Pflegeberufe, was wir als DRK sehr positiv bewerten.

In Konsequenz wäre die Aufnahme der unter Artikel 5 Nummer 30 des RefE beschriebenen digitalen Technologien und Softwareanwendungen in die Pflegeausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) wünschenswert. Denn die Pflegeschulen müssen dazu in der Lage sein diese digitalen Produkte auch vorzuhalten, damit die jeweiligen Kompetenzen nicht nur im theoretischen, sondern auch im praktischen Unterricht erworben werden können.

Ebenso begrüßen wir die in Artikel 5 Nummer 3 vorgesehene Verstärkung der Maßnahmen zur Flexibilisierung der Unterrichtsgestaltung aus der EpiGesAusbSichV (E-Learning, selbstgesteuertes Lernen), die sich während der Corona-Pandemie bewährt haben, und auch in pandemiefreien Zeiten hilfreich sein können. Die in der Begründung aufgeführte Definition des angemessenen Umfangs, der die Höhe von zehn Prozent nicht überschreiten soll, bewerten wir jedoch als zu starr, um individuellen, fachdidaktischen Lernkonzepten entsprechen zu können.

Des Weiteren möchten wir die aus Artikel 5 Nummer 5 hervorgehende Ausweitung dieser Maßnahmen auf die Gestaltung der berufspädagogischen Qualifikation für die Praxisanleitung positiv hervorheben, die die Zugänglichkeit zu dieser Weiterbildung deutlich verbessern kann. Angesichts dessen, dass es sich bei den Teilnehmenden um bereits ausgebildete und berufserfahrene Pflegende handelt, und zudem vergleichbare Weiterbildungen, z.B. als Pain Nurse, vollständig digital erfolgen können, halten wir die in der Begründung aufgeführte Definition des angemessenen Umfangs, der die Höhe von zehn Prozent nicht überschreiten soll, für unangemessen. Wir bitten dies zu streichen.

Die angestrebte Möglichkeit zur Durchführung der regelmäßigen, berufspädagogischen Fortbildung als vollständig digitales Qualifizierungsangebot, trägt aus unserer Sicht dagegen zu einer besseren Vereinbarkeit mit dem Schichtdienst, sowie dem Privatleben bei, und ist insofern sehr zu begrüßen.

### **Berücksichtigung der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung**

Gleichwohl der RefE an vielen Stellen die Barrierefreiheit der digitalen Unterrichtsformate und des E-Learnings betont, wäre ein Verweis auf die Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) im Verordnungstext der PfiAPrV wünschenswert, um diesen Bezugsrahmen klarzustellen.

#### **Wir schlagen daher folgende Lösung vor:**

Artikel 5 Nummer 3 des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG) wird wie folgt geändert:

*„Dem § 2 wird folgender Absatz 5 angefügt:*

*(5) Für die barrierefreie Gestaltung aller digitalen Unterrichtsformate und das E-Learning gilt die Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843) in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend.“*

Artikel 5 Nummer 5 des Entwurfs [...] wird wie folgt geändert:

*„Dem § 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:*

*(5) Für die barrierefreie Gestaltung aller digitalen Unterrichtsformate und das E-Learning gilt die Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) vom 12. September 2011 (BGBl. I S. 1843) in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend.“*

### **C. Kontakt**

**Christian Hener** ([c.hener@drk.de](mailto:c.hener@drk.de))

Referent für Pflegeberufe und Öffentliche Gesundheit  
Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege  
Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat

**Anne-Katrin Gerhardts** ([a.gerhardts@drk.de](mailto:a.gerhardts@drk.de))

Referentin für Pflegepolitik  
Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V.