



Dokumentation

Bildungsreform der Pflegeberufe

Bildungsreform der Pflegeberufe

Aktenzeichen: WD 8 - 3000 - 113/19
Abschluss der Arbeit: 01.10.2019
Fachbereich: WD 8: Umwelt, Naturschutz, Reaktorsicherheit, Bildung
und Forschung

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland	5
2.	Mikroökonomische Arbeitsmarktanalyse der Gesundheitswirtschaft	6
2.1.	Selbstständige und sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit	6
2.2.	Frauenanteil	6
2.3.	Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse	6
2.4.	Arbeitszeiten	7
2.5.	Einkommen	8
3.	Makroökonomische Projektionen zur Abbildung des zukünftigen Arbeitsmarkts der Gesundheitswirtschaft	9
3.1.	Arbeitsangebot, -nachfrage sowie Engpass der Gesundheitswirtschaft bis 2030	9
3.2.	Arbeitsangebot, -nachfrage sowie Engpass für ausgewählte dienstleistungs- und patientenorientierte Berufsgruppen (ohne Ärzte) bis 2030	11
3.2.1.	Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	11
3.2.2.	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	12
3.2.3.	Altenpflege	12
3.2.4.	Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	12
4.	Reform der Pflegeberufe	13
4.1.	Ausbildung	14
4.2.	Zwischenprüfung	14
4.3.	Spezialisierung	15
4.4.	Zugangsvoraussetzungen	16
4.5.	Pflegestudium	16
4.6.	Finanzierung	16
4.7.	Inkrafttreten	17
5.	Stellungnahmen zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe	17
5.1.	Reform der Altenpflege	17
5.1.1.	Stellungnahme der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di	17
5.1.2.	Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V	19
5.1.3.	Stellungnahme des Bundes deutscher Arbeitgeber	20
5.2.	Reform der Kinderkrankenpflege	21
5.3.	Rahmenpläne der Fachkommission	21
6.	Ausbildungsvergütung	23
6.1.	Gehalt in der Ausbildung als Altenpfleger/in	23
6.2.	Gehalt in der Ausbildung als Krankenpfleger/in	24
6.3.	Gehalt in der Ausbildung als Kinderkrankenpfleger/in	24

7.	Fazit	25
8.	Literatur- und Quellenverzeichnis	26
9.	Anlage 1	28

1. Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland

Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie untersuchten das Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (IEGUS), das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (IAW) und das Wirtschaftsforschungsinstitut (WifOR GmbH) die „Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft“.

Neben einer Beschreibung der im Jahr 2017 vorherrschenden Situation im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft entwickelten sie auch ein Instrumentarium, um den Fachkräftebedarf bis zum Jahr 2030 zu prognostizieren.

„Deutschland sieht sich aufgrund verschiedener Faktoren, wie bspw. dem demografischen Wandel, mit dem Problem eines steigenden Fachkräfteengpasses konfrontiert. Unternehmen müssen sich zur Deckung ihres derzeitigen und künftigen Bedarfs an qualifizierten Mitarbeitern mit gezielten betrieblichen Maßnahmen absichern, politische Rahmenbedingungen sollten entsprechend geschaffen werden. In der Gesundheitswirtschaft entwickelten sich die Erwerbstätigenzahlen zuletzt positiv: sie stiegen im Zeitraum 2000 bis 2016 im Jahresdurchschnitt um 1,4 Prozent. (...)

Die stabilisierende Wirkung ergibt sich aus einer konstanten, relativ konjunkturunabhängigen Nachfrage nach Leistungen, die eine unternehmensseitige Nachfrage nach Arbeitskräften nach sich zieht. (...) In einigen Bereichen bestehen bereits Lücken zwischen der unternehmensseitigen Nachfrage und dem vorhandenen Arbeitsangebot. Insbesondere in der personalintensiven Gesundheitswirtschaft steht das Thema Fachkräftemangel und Arbeitskosten deshalb an vorderster Stelle, wenn es um die Benennung wirtschaftlicher Risiken geht. (...)

Die im Rahmen der Studie durchgeführten Projektionen des Angebots- und Nachfragepotenzials zeigen für die Zukunft ebenfalls einen erheblichen Arbeitskräfteengpass in der Gesundheitswirtschaft: Im Jahr 2030 werden rund 634.000 Personen (2016: 245.000) im nichtärztlichen Bereich fehlen, sodass jede vierte Stelle in den entsprechenden Berufsgruppen voraussichtlich nicht besetzt werden kann. Aus diesem Grund haben die Erschließung zusätzlicher Beschäftigtenpotenziale, die Verlängerung des Berufsverbleibs und die Nachwuchsförderung in der Gesundheitswirtschaft (für sämtliche Beschäftigungsgruppen) eine hohe betriebliche, volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Relevanz. Um entsprechende politische Steuerungsmaßnahmen ergreifen zu können, bedarf es einer detaillierten Analyse der Angebotsstruktur, der Beschäftigung und des aktuellen und künftigen Arbeitskräftebedarfs. (...)

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen, die dienstleistungs- und patientenorientiert arbeiten.“¹

1 Nelder, Thomas; u. a. (2017). Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Kurzfassung. Berlin – Darmstadt – Tübingen, 12. April 2017. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/entwicklung-angebotsstruktur-beschaeftigung-fachkraeftebedarf-im-nichtaerztlichen-bereich-der-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=22

2. Mikroökonomische Arbeitsmarktanalyse der Gesundheitswirtschaft

2.1. Selbstständige und sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit

„Die betrachteten Berufe² unterscheiden sich zunächst deutlich hinsichtlich der Anteile selbstständiger Erwerbstätiger, was die Heterogenität der Berufe untereinander verdeutlicht. Während in den beiden Pflegeberufen ebenso wie im Vergleichsberuf der Kinderbetreuung extrem niedrige Selbstständigenanteile zu beobachten sind, sind unter den therapeutischen Berufen etwa ein Viertel bis ein Drittel der Erwerbstätigen selbstständig tätig. Auch unter den Hebammen, die auf Basis der verwendeten Daten nicht dargestellt werden können, sind hohe Anteile von Selbstständigen typisch. Daten des Deutschen Hebammenverbands zufolge waren etwa im Jahr 2011 nur 4 Prozent aller Hebammen in Deutschland ausschließlich abhängig beschäftigt. In allen betrachteten Gesundheitsfachberufen sind überdurchschnittlich hohe Anteile weiblicher Erwerbstätiger von bis zu 90 Prozent, bzw. sogar über 90 Prozent (in den Vergleichsberufen in der Kinderbetreuung und -erziehung) zu beobachten. Die Anteile deutscher Staatsangehöriger und deutscher Muttersprachler unter den Erwerbstätigen liegen demgegenüber weitgehend im Durchschnitt der Gesamtwirtschaft – hier sind lediglich in der Vergleichsgruppe der Berufe in der Kinderbetreuung signifikant höhere Anteile zu beobachten.“³

2.2. Frauenanteil

„Die Frauenanteile unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten [gehen] in allen betrachteten Berufen – mit Ausnahme der Physiotherapeuten – zwischen 2000 und 2014 zurück. Diese Entwicklung läuft im Übrigen entgegen der Entwicklung im Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Dies kann als (positives) Signal dafür gewertet werden, dass in vielen dieser traditionellen Frauenberufe der Männeranteil steigt und damit diese Gruppe von Beschäftigten zunehmend auch als Fachkräfte gewonnen werden kann.“⁴

2.3. Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse

„Ein wichtiges und vieldiskutiertes Thema im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel ist die Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse in den Pflegeberufen. Insgesamt betrachtet ist den Ergebnissen dieser Studie zufolge die Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse in den Pflegeberufen verglichen mit der Gesamtwirtschaft relativ hoch: Lediglich in den Helfertätigkeiten zeigen sich mitunter überdurchschnittlich hohe Anteile von Wechslern in und aus den Berufen. In den qualifizierten Tätigkeiten sind die Wechselraten dagegen stets unterdurchschnittlich. Innerhalb der Abbrüche ist es jedoch vor allem der frühzeitige Beschäftigungsabbruch, der im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel als bedeutende Größe angesehen wird. Dies bekräftigen die Ergebnisse einer eigens durchgeführten mikroökonomischen Verweildaueranalyse: Das Abbruchrisiko in den Pflegeberufen fällt umso höher aus, je weniger Erfahrung die Beschäftigten in Pfl-

2 Dies sind: Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe; nicht ärztliche Therapie und Heilkunde; Altenpflege und Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik.

3 Ebenda: 7.

4 Ebenda: 8.

geberufen haben. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass ein vorzeitiger Abbruch der Beschäftigung in den Pflegeberufen vor allem davon abhängig ist, ob die Beschäftigten über eine abgeschlossene Ausbildung im Pflegebereich verfügen. Liegt eine solche (noch) nicht vor, verringert sich die Beschäftigungsdauer signifikant. Schließlich bleiben junge Personen und Männer signifikant weniger lang in Pflegeberufen beschäftigt als ältere Mitarbeiter und Frauen, was zumindest anteilig am Angebot der Karrieremöglichkeiten in der Pflege liegen dürfte. Aber auch Arbeitsbedingungen spielen eine Rolle: Je geringer das Tagesentgelt, desto kürzer die Beschäftigungsdauer. Und: Geringfügig beschäftigte Personen brechen die Beschäftigung schneller ab als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte – allerdings nur in den qualifizierten Tätigkeiten.“⁵

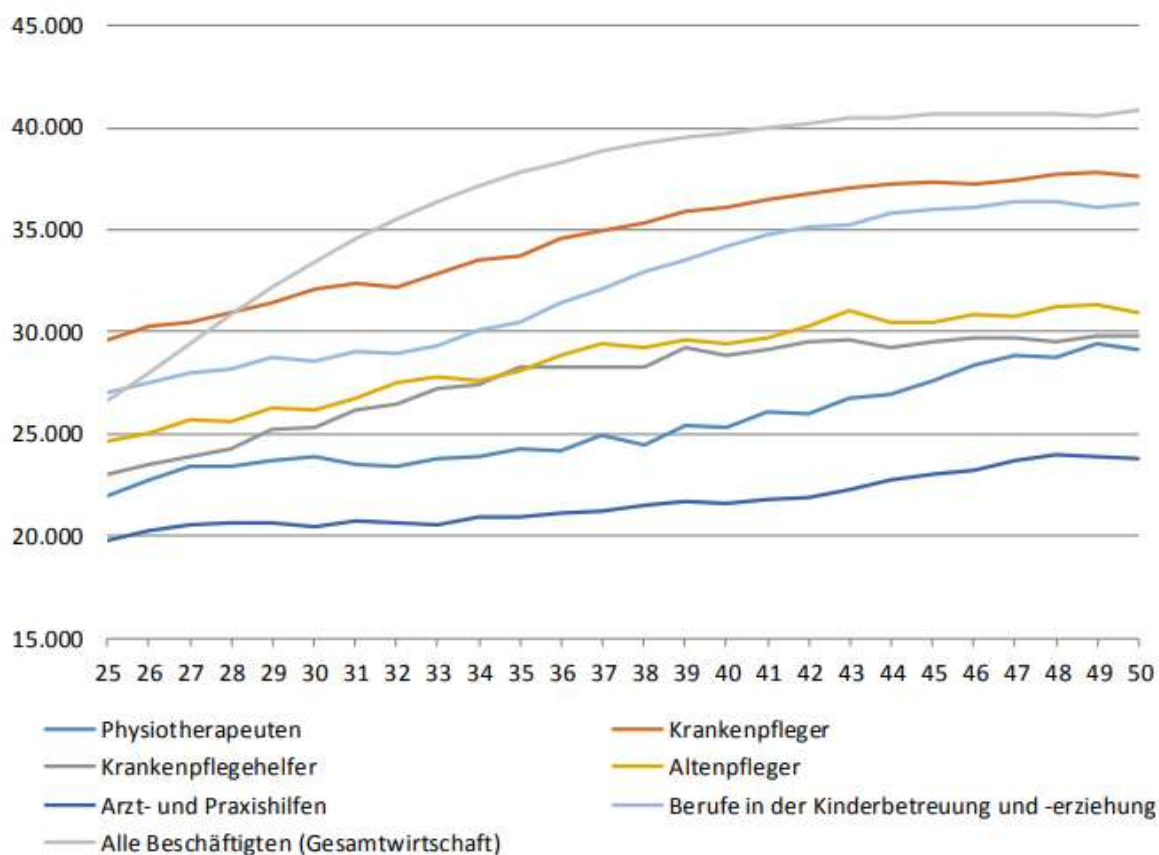
2.4. Arbeitszeiten

„Hinsichtlich von Merkmalen der Arbeitszeiten zeigt Tabelle 3–2 unter anderem, dass Befristungen in den betrachteten Berufen keine überdurchschnittliche Rolle spielen. Teilzeitbeschäftigung ist grundsätzlich in allen Gesundheitsberufen bedeutsam und sie ist – wie auch im Gesamtdurchschnitt der Wirtschaft – in den vergangenen Jahren angestiegen. In den betrachteten Berufen sind die überdurchschnittlichen Teilzeitquoten insbesondere auf die hohen Frauenanteile zurückzuführen, wobei die Frauen selbst im Vergleich zu anderen Berufen nicht überdurchschnittlich häufig teilzeitbeschäftigt sind. Hinsichtlich der Bedeutung außergewöhnlicher Arbeitszeiten wie Schichtarbeit, Bereitschaftsdienst oder Wochenendarbeit herrschen deutliche Unterschiede zwischen den pflegerischen (überdurchschnittliche Häufigkeit) und den therapeutischen Berufen (unterdurchschnittliche Häufigkeit). Ein weiterer Faktor, der in einem engen Zusammenhang mit der Arbeitsqualität bzw. der Attraktivität eines Berufs steht, ist die Entlohnung der abhängig Beschäftigten. Dabei spielt nicht nur die absolute Höhe der Entlohnung eine Rolle, sondern auch die Entwicklung des Verdienstes in Abhängigkeit vom Lebensalter (vgl. Abbildung 3–2) bzw. von der bisherigen Dauer der Beschäftigung.“⁶

5 Ebenda: 9.

6 Ebenda: 10

Abbildung 3–2: Durchschnittliche Bruttojahresentgelte von Vollzeitbeschäftigten nach ausgeübtem Beruf und Alter, Durchschnitt 2000–2014, in Euro in Preisen von 2010



Quelle: Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien, IAW 2016, eigene Berechnungen.

(Ebenda: 10.)

2.5. Einkommen

„Vor allem die pflegerischen Berufe des Gesundheitswesens liegen wie alle in Abbildung 3–2 dargestellten Berufe deutlich unterhalb des Gesamtdurchschnitts aller Beschäftigten. In der Abbildung zeigt sich dies auch darin, dass die Steigerung des Einkommens vor allem in den frühen Berufsjahren nur deutlich langsamer erfolgt als im Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Obgleich vielfach betont wird, dass nicht allein die Höhe des Entgeltes das entscheidende Merkmal für die Attraktivität eines Berufs sei, sondern dass auch die sonstigen Arbeitsbedingungen und die Rahmenbedingungen der Arbeit (z. B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Work-Life-Balance) eine Rolle spielen, darf doch im Gesamtbild die Rolle der Entlohnung nicht unterschätzt werden. Vor allem die Tatsache, dass die Entgelte im Lebensverlauf nur vergleichsweise langsam ansteigen und schon in frühen Berufsjahren eine gewisse Grenze erreicht ist, dürfte im Zusammenhang mit den teils wahrgenommenen schlechteren Karrieremöglichkeiten ein großer Nachteil der dargestellten Gesundheitsfachberufe sein. Im Bereich der Entlohnung bestehen durch die

strukturellen Merkmale des Gesundheitswesens (u. a. öffentlicher Charakter, Tarifbindung) nur bedingt Spielräume für die Unternehmen und Betriebe.“⁷

3. Makroökonomische Projektionen zur Abbildung des zukünftigen Arbeitsmarkts der Gesundheitswirtschaft

3.1. Arbeitsangebot, -nachfrage sowie Engpass der Gesundheitswirtschaft bis 2030

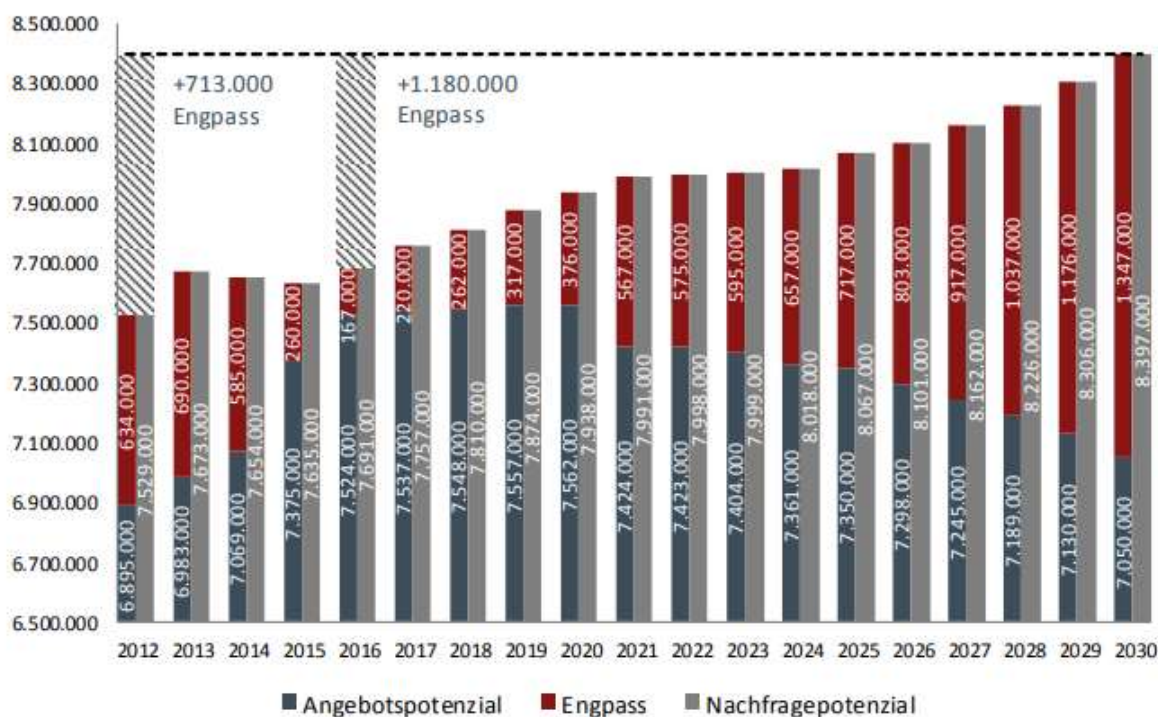
„In den letzten Jahren hat sich die Gesundheitswirtschaft zu einem volkswirtschaftlich bedeuten- den Wachstums- und Beschäftigungsmotor entwickelt. Betrug die Bruttowertschöpfung (BWS) der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2000 noch 197,3 Mrd. Euro, waren es im Jahr 2016 bereits 336,4 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anstieg von knapp 139,1 Mrd. Euro bzw. durchschnittlich 3,4 Prozent pro Jahr (im Vergleich: Zunahme in der Gesamtwirtschaft durchschnittlich 2,2 Prozent pro Jahr). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Erwerbstätigen: Während im Jahr 2000 in der Gesundheitswirtschaft rund 5,6 Mio. Erwerbstätige ausgewiesen wurden, waren es im Jahr 2016 knapp 7,0 Mio. Erwerbstätige. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 1,4 Mio. Personen bzw. durchschnittlich 1,4 Prozent pro Jahr (im Vergleich: Zunahme in der Gesamtwirtschaft durchschnittlich 0,6 Prozent pro Jahr).

Damit hat sich der Anteil der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft seit dem Jahr 2000 von 14,1 Prozent auf 16,1 Prozent erhöht. Die bisherigen Studien zum Gesundheitssektor auf Basis der GGR beziehen sich auf den volkswirtschaftlichen Beitrag der Gesundheitswirtschaft zur Gesamtwirtschaft. Im Rahmen dessen liegt der Fokus auf der Bruttowertschöpfung, den Erwerbstätigenzahlen sowie den Ausstrahleffekten, die durch Produktionsverflechtungen der Gesundheits- mit der Gesamtwirtschaft entstehen. (...)

Mithilfe eines makroökonomischen Arbeitsmarktmodells soll der Arbeitsmarkt der Gesundheitswirtschaft derart modelliert werden, dass die Angebotsstruktur sowie das Nachfragepotenzial analysiert werden können. Im Fokus der vorliegenden Studie stehen nichtärztliche, dienstleistungs- und patientenorientierte Berufsgruppen der Gesundheitswirtschaft. Zur besseren Einordnung der Ergebnisse werden zunächst die Entwicklungen des Angebots- und Nachfragepotenzials sowie die des Engpasses für die Gesundheitswirtschaft dargestellt, um die Rahmenbedingungen abzugrenzen, in denen sich der nichtärztliche Bereich der Gesundheitswirtschaft bewegt. In Abbildung 4-1 sind die Entwicklung des Angebots- und Nachfragepotenzials sowie der daraus resultierende Engpass in den Jahren 2012 bis 2030 dargestellt.“⁸

7 Ebenda: 10f.

8 Ebenda: 14.

Abbildung 4-1: Angebots- und Nachfragepotenzial sowie Engpass an Arbeitskräften in der Gesundheitswirtschaft, 2012–2030

Quelle: WifOR 2016, eigene Berechnungen.

(Ebenda: 15.)

„Bis zum Jahr 2020 nimmt das Angebotspotenzial der Gesundheitswirtschaft, gemäß den Projektionen des makroökonomischen Arbeitsmarktmodells, stetig zu. Zu diesem Zeitpunkt wird in der Gesundheitswirtschaft ein Angebotspotenzial von mehr als 7,5 Mio. Arbeitskräften zu beobachten sein, was über dem Arbeitskräfteangebot in der Gesundheitswirtschaft von knapp unter 6,9 Mio. Personen aus dem Jahr 2012 liegt. Da die Eintritte in die Erwerbstätigkeit durch Studien- und Ausbildungsabsolventen höher sind als die entsprechenden Renteneintritte, kann ein Anstieg des Angebotspotenzials in der Gesundheitswirtschaft in den Prognosen festgestellt werden. Dieser Trend setzt sich jedoch ab dem Jahr 2021 aufgrund des demografischen Wandels nicht weiter fort, vielmehr wird ein Rückgang des Angebotspotenzials in der Gesundheitswirtschaft zu verzeichnen sein. Die vermehrten Renteneintritte, ausgelöst insbesondere durch die sogenannte Baby-Boomer-Generation, können gemäß den Prognosen der Kultusministerkonferenz ab diesem Zeitpunkt nicht mehr durch die rückläufigen Ausbildungs- und Studienabsolventen kompensiert werden. So beträgt das Angebotspotenzial im Jahr 2030 mehr als 7,0 Mio. Arbeitskräfte, was 6,3 Prozent unter dem Arbeitskräfteangebot aus dem Jahr 2016 liegt. Hinsichtlich des Nachfragepotenzials durch Unternehmen und Einrichtungen kann, im Gegensatz zum Angebotspotenzial, ein stetiger Anstieg zwischen den Jahren 2012 und 2030 festgestellt werden. Der doppelte demografische Wandel, der auf der einen Seite für den Rückgang im Angebotspotenzial verantwortlich ist, führt auf der anderen Seite dazu, dass die Nachfrage nach Arbeitskräften aufgrund der älter werdenden Gesellschaft und der damit verbundenen zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zukünftig weiter ansteigen wird. Auch ist zu erwarten, dass sich die Nachfrage nach

Gesundheitsdienstleistungen und dementsprechend Gesundheitspersonal aufgrund eines verschlechterten Gesundheitsverhaltens erhöhen wird. So erhöht sich die Nachfrage nach Arbeitskräften in der Gesundheitswirtschaft, gemäß den Projektionen des makroökonomischen Arbeitsmarktmodells, von knapp 7,5 Mio. Personen im Jahr 2012 auf etwa 8,4 Mio. Arbeitskräfte (2030). Werden Angebots- und Nachfragepotenzial der Gesundheitswirtschaft gegenübergestellt, zeigt sich, dass zwischen den Jahren 2012 und 2030 eine Zunahme des Arbeitskräftebedarfs um 713.000 Personen zu erwarten ist (Engpass im Jahr 2012: 634.000; Engpass im Jahr 2030: 1.347.000). Hiernach fehlen im Jahr 2012 rund 8,4 Prozent (relativer Engpass) Arbeitskräfte, um die Nachfrage zu bedienen. Im Jahr 2030 wird voraussichtlich sogar mehr als jede sechste Stelle in der Gesundheitswirtschaft unbesetzt bleiben (relativer Engpass von 16,0 Prozent).“⁹

3.2. Arbeitsangebot, -nachfrage sowie Engpass für ausgewählte dienstleistungs- und patientenorientierte Berufsgruppen (ohne Ärzte) bis 2030

„Im Fokus der vorliegenden Studie liegt der nichtärztliche Bereich der Gesundheitswirtschaft, der durch vier Berufsgruppen (KldB-3-Steller)¹⁰ abgebildet wird:

- 813 Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe
- 817 Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde
- 821 Altenpflege
- 825 Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik

Diese vier Berufsgruppen machen im Jahr 2017 etwa 27,1 Prozent des Angebotspotenzials der Gesundheitswirtschaft aus. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Berufsgruppen hinsichtlich der Entwicklung des Angebots- und Nachfragepotenzials sowie des resultierenden Bedarfs vorgestellt.“¹¹

3.2.1. Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe

„Für das Jahr 2016 kann bei den Gesundheits-, Krankenpflegern, Rettungsdiensten, Geburtshelfern ein Angebotspotenzial von mehr als 1,0 Mio. Arbeitskräften beobachtet werden. Demgegenüber steht eine potenzielle Nachfrage durch Unternehmen und Einrichtungen in Höhe von mehr als 1,1 Mio. Personen, sodass sich ein Engpass von 110.000 Arbeitskräften (relativer Engpass von 9,8 Prozent) ergibt. Im Jahr 2030 wird, gemäß dem makroökonomischen Arbeitsmarktmodell, ein Nachfragepotenzial von mehr als 1,2 Mio. Personen vorherrschen, was einem Anstieg von 6,9

9 Ebenda: 15f.

10 Vergleiche ebenda: In der Klassifikation der Berufe wird die Detailliertheit der Berufsgruppen anhand von Berufskennzahlen unterschieden. Während die 1-Steller-Ebene eine grobe Berufsgliederung anhand von 10 Berufsbereichen umfasst, wird auf 5-Steller-Ebene eine tiefere Strukturierung mit 1.286 Berufen berücksichtigt (Vergleiche: Bundesagentur für Arbeit (2011). Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/Klassifikation-der-Berufe_ba017989.pdf). Im Rahmen der vorliegenden Studie werden KldB-3-Steller zuzüglich Anforderungsniveau verwendet, da die Projektionen innerhalb des makroökonomischen Arbeitsmarktmodells keine tiefere Berufsgliederung zulassen.(16)

11 Ebenda: 16.

Prozent entspricht. Im selben Zeitraum sinkt allerdings das Angebotspotenzial um 11,3 Prozent auf etwa 0,9 Mio. Personen, sodass der Engpass seit 2016 um 192.000 auf 302.000 Arbeitskräfte im Jahr 2030 zunehmen wird. Dies entspricht einem relativen Engpass von 25,2 Prozent. Nach aktuellem Kenntnisstand wird sich der Engpass in dieser Berufsgruppe somit nahezu verdreifachen.“¹²

3.2.2. Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde

„Die Berufsgruppe Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde weist im Jahr 2016 ein Angebotspotenzial von 348.000 Arbeitskräften aus, während die potenzielle Nachfrage 381.000 Personen beträgt. Demzufolge lässt sich ein Engpass von 33.000 Personen bei der entsprechenden Berufsgruppe identifizieren (relativer Engpass von 8,7 Prozent). Bis zum Jahr 2030 steigt das Nachfragepotenzial um 11,8 Prozent auf 426.000 Arbeitskräfte an. Allerdings reduziert sich das Angebotspotenzial in demselben Zeitraum um 7,8 Prozent auf 321.000 Personen. Somit verdreifacht sich der Arbeitskräfteengpass bis zum Jahr 2030 (absoluter Engpass von 105.000 Personen). Dieser ist um 72.000 Arbeitskräfte höher als im Jahr 2016 und entspricht einem relativen Engpass von 24,6 Prozent.“¹³

3.2.3. Altenpflege

„Für die Berufsgruppe Altenpflege zeichnet sich ein Anstieg des Engpasses von 83.000 Arbeitskräften (relativer Engpass von 13,4 Prozent) im Jahr 2016 auf 182.000 Personen (relativer Engpass von 28,2 Prozent) im Jahr 2030 ab. Im Gegensatz zum Nachfragepotenzial, das von 622.000 Personen (2016) auf 645.000 (2030) ansteigt, reduziert sich das Angebotspotenzial um 14,1 Prozent von ursprünglich 539.000 (2016) auf 463.000 Arbeitskräfte bis zum Jahr 2030. Der doppelte demografische Wandel, der sich zum einen im deutlichen Rückgang des Angebotspotenzials und zum anderen in der steigenden Nachfrage nach Dienstleistungen und damit auch Arbeitskräften in diesem Bereich widerspiegelt, führt dazu, dass im Jahr 2030 mehr als jede vierte Stelle nicht besetzt werden kann.“¹⁴

3.2.4. Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik

„Dem Angebotspotenzial der Berufsgruppe 825 (Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik) werden im Jahr 2016 142.000 Arbeitskräfte zugeordnet, dem eine potenzielle Nachfrage in Höhe von 160.000 Personen gegenübersteht. Folglich ergibt sich ein Engpass von 18.000 Arbeitskräften (relativer Engpass von 11,4 Prozent). Bis zum Jahr 2030 steigt das Nachfragepotenzial, gemäß den Projektionen des makroökonomischen Arbeitsmarktmodells, auf mehr als 177.000 Personen an, was einem Anstieg von 10,6 Prozent entspricht. Gleichzeitig sinkt jedoch das Angebotspotenzial

12 Ebenda: 17.

13 Ebenda: 18.

14 Ebenda: 19.

zwischen den Jahren 2016 und 2030 um 7,0 Prozent, sodass der Engpass auf 45.000 Arbeitskräfte bis zum Jahr 2030 zunehmen wird (relativer Engpass von 25,3 Prozent).¹⁵

4. Reform der Pflegeberufe

Das Ziel der Reform der Pflegeberufe war es, eine hochwertige und zeitgemäße Ausbildung anzubieten, die den breiten beruflichen Einsatzmöglichkeiten und den Entwicklungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen Rechnung trägt.

Dazu war es notwendig, die Ausbildungen in der Kranken- und Kinderkrankenpflege einerseits und Altenpflege andererseits nicht mehr wie bisher getrennt zu regeln, sondern in einer generalistischen Pflegeausbildung zusammen zu fassen, da sie inhaltlich große Überschneidungen aufweisen. Der Pflegebedarf und die Versorgungsstrukturen unterliegen einem beständigen Wandel und damit auch die Anforderungen an die pflegerische Versorgung und an das Pflegepersonal. Zudem müssen Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen zunehmend auch chronisch und multipel erkrankte Menschen versorgen. Aber auch Pflegekräfte im Krankenhaus benötigen vertiefte Kenntnisse im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, die z. B. unter Demenz leiden. Zudem werden in Zukunft noch mehr Pflegefachkräfte benötigt.¹⁶

„Die Ausbildung in der Pflege muss daher attraktiv und zukunftsfähig gemacht werden. Mit dem Pflegeberufegesetz wird eine langjährig vorbereitete Reform umgesetzt: Dies trägt dazu bei, die Qualität in der Pflege weiter zu verbessern und die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Dabei wird auch das Schulgeld in der Altenpflege endlich überall abgeschafft.

Durch die Reform werden die Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung mit einheitlichem Berufsabschluss als Pflegefachfrau / Pflegefachmann zusammengeführt. In der neuen sogenannten generalistischen Pflegeausbildung werden unter Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Fortschritts übergreifende pflegerische Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen und allen Versorgungsbereichen vermittelt: in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege.

Auszubildende haben jedoch auch in Zukunft weiterhin die Möglichkeit, sich für einen gesonderten Berufsabschluss in der Altenpflege oder Kinderkrankenpflege zu entscheiden, wenn sie für das letzte Ausbildungsdrittel, statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen, eine entsprechende Spezialisierung wählen.“¹⁷

15 Ebenda: 20.

16 Vergleiche: Bundesministerium für Gesundheit. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz, S. 1.
<https://www.bmfsfj.de/blob/77268/21edf78ebd06fce31862dc7becacbd97/faqs-pflegeberufsgesetz-data.pdf>

17 Ebenda.

4.1. Ausbildung

„Die Qualität der Ausbildung wird durch eine bessere Anleitung und Begleitung der Auszubildenden durch Ausbildungseinrichtung und Pflegeschule weiter erhöht. Zur Sicherstellung einer hohen Ausbildungsqualität werden Mindestanforderungen an Pflegeschulen festgelegt. Dazu sind höhere berufliche Anforderungen an Schulleitungen und Lehrkräfte, insbesondere eine Anhebung des Qualifikationsniveaus, vorgesehen. Übergangs- und Bestandsschutzregelungen stellen sicher, dass sich die bestehenden Kranken- und Altenpflegeschulen auf die neuen Anforderungen einstellen können. Für das bereits vorhandene Personal wird ein umfassender persönlicher Bestandsschutz gewährleistet.

Pflegeschulen haben darüber hinaus eine angemessene Zahl an fachlich und pädagogisch qualifizierten Lehrkräften zu beschäftigen und nachzuweisen.

Außerdem ist die berufliche Pflegeausbildung unabhängig vom gewählten Abschluss für die Auszubildenden immer kostenlos, und es wird die Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung gewährleistet.

Die neue generalistische Berufsausbildung wird darüber hinaus bundesweit noch mehr und vielfältigere wohnortnahe Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten bieten und EU-weit anerkannt werden. Für die Absolventinnen und Absolventen dieser Ausbildung eröffnen sich zusätzliche Wechsel-, Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten in allen Bereichen der Pflege.

Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können wählen, ob sie einen generalistischen Berufsabschluss oder einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Kinderkrankenpflege erwerben.

Durch die Einführung eines generalistischen Pflegestudiums werden zusätzliche Qualifizierungs- und Karrieremöglichkeiten eröffnet. Für alle Pflegefachkräfte werden Aufgaben festgelegt, die ausschließlich von diesen aufgrund der dafür benötigten Qualifikation übernommen werden dürfen (zum Beispiel die Festlegung des individuellen Pflegebedarfs oder die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses). Das trägt zu einer weiteren Aufwertung des Berufsbildes Pflege bei.“¹⁸

4.2. Zwischenprüfung

„Alle Auszubildenden werden zunächst gemeinsam generalistisch ausgebildet. Nach zwei Dritteln der Ausbildungszeit wird eine schulische Zwischenprüfung eingeführt. Den Ländern wird es so ermöglicht, die bis dahin erworbenen Fähigkeiten im Rahmen einer Pflegehelfer- oder -assistentenausbildung anzuerkennen. Das Bestehen der Zwischenprüfung ist aber keine Voraussetzung, um die Ausbildung weiterführen zu können.“¹⁹

18 Ebenda: 2f.

19 Ebenda: 7.

4.3. Spezialisierung

„Die zukünftigen, generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte werden in der Lage sein, in allen Bereichen der Pflege – Akutpflege, Kinderkrankenpflege, stationäre oder ambulante Langzeitpflege sowie allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung – tätig zu werden. Auch in der generalistischen Ausbildung werden im Rahmen der praktischen Ausbildung mit der Wahl der Ausbildungseinrichtung und eines Vertiefungseinsatzes in einem Bereich besondere Kenntnisse erworben. Ein Vertiefungseinsatz ist jedoch keine Bedingung für eine spätere Berufstätigkeit in dem entsprechenden Bereich, und er schließt umgekehrt eine spätere Berufstätigkeit in einem anderen Pflegebereich nicht aus.

Auszubildende, die in der Kinder- oder Altenpflege tätig sein wollen und einen entsprechenden Vertiefungseinsatz vereinbart haben, haben ein Wahlrecht: Ist im Ausbildungsvertrag ein Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung vereinbart, kann für das letzte Ausbildungsdrittel ein gesonderter Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in gewählt werden. Entsprechendes gilt, wenn ein Vertiefungseinsatz in der stationären Langzeitpflege oder der ambulanten Akut- und Langzeitpflege mit Ausrichtung auf die Langzeitpflege vereinbart ist. Dann kann für das letzte Ausbildungsdrittel ein Berufsabschluss Altenpfleger/-in gewählt werden.

Das Wahlrecht steht ausschließlich der oder dem Auszubildenden zu. Es soll vier Monate und kann frühestens sechs Monate vor Beginn des letzten Ausbildungsdrittels ausgeübt werden. Bis dahin hat die oder der Auszubildende alle maßgeblichen Einsatzbereiche bereits einmal kennengelernt.

Der Bedarf für diese gesonderten Abschlüsse wird sechs Jahre nach Beginn der neuen Pflegeausbildung überprüft. Der Deutsche Bundestag entscheidet dann, ob die jeweiligen Regelungen aufgehoben oder beibehalten werden.

Weitere beruflich erforderliche spezialisierte und vertiefte Kenntnisse sind, wie bisher auch, in beruflichen Fort- und Weiterbildungen zu erwerben. Diese sind in Verantwortung der einzelnen Bundesländer geregelt.

Die neue generalistische Pflegeausbildung ist eine dreijährige Fachkraftausbildung mit Unterricht an Pflegeschulen und praktischer Ausbildung bei einer Ausbildungseinrichtung und weiteren Einrichtungen aus den unterschiedlichen Pflegebereichen. Dabei erfolgt der überwiegende Teil der praktischen Ausbildung beim so genannten Träger der praktischen Ausbildung, mit dem der oder die Auszubildende den Ausbildungsvertrag schließt. Im Rahmen der praktischen Ausbildung finden Einsätze in den verschiedenen Versorgungsbereichen statt. Die Pflegeausbildung schließt mit einer staatlichen Abschlussprüfung ab. Für die Auszubildenden ist die berufliche Pflegeausbildung kostenlos. Das Schulgeld wird überall abgeschafft. Es wird eine Ausbildungsvergütung gezahlt.“²⁰

4.4. Zugangsvoraussetzungen

„Zugang zur Pflegeausbildung haben alle Schülerinnen und Schüler mit einer zehnjährigen allgemeinen Schulbildung. Für Schülerinnen und Schüler mit einem 9-jährigen Hauptschulabschluss bietet die Pflegehelferinnen- und Pflegehelferausbildung bzw. Pflegeassistentenausbildung einen Einstieg. Bei einer Entscheidung für eine darauf folgende weitergehende Ausbildung zur Pflegefachkraft erfolgt dann eine Anrechnung der Ausbildungszeit.

Der Zugang zum Pflegestudium bestimmt sich nach den landesrechtlichen Regelungen zum Hochschulzugang. Gleichwertige Leistungen können auf das Pflegestudium angerechnet werden. Eine erfolgreich abgeschlossene berufliche Pflegeausbildung soll das Pflegestudium um die Hälfte verkürzen.“²¹

4.5. Pflegestudium

„Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung wird es das berufsqualifizierende Pflegestudium geben. Das Studium wird mindestens drei Jahre dauern und mit der Verleihung des akademischen Grades abschließen; die staatliche Prüfung zur Erlangung der Berufszulassung wird Bestandteil der hochschulischen Prüfung. Die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann wird in Verbindung mit dem akademischen Grad geführt. Das Pflegestudium eröffnet neue Karrieremöglichkeiten und spricht neue Zielgruppen an. Zudem ermöglicht das Pflegestudium, dass das stetig fortschreitende pflegewissenschaftliche Wissen noch besser in die Pflegepraxis Eingang findet.“²²

4.6. Finanzierung

„Um bundesweit eine wohnortnahe und qualitätsgesicherte Ausbildung zu ermöglichen, ist eine einheitliche Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz vorgesehen, an denen alle bisherigen Kostenträger auch weiterhin finanziell beteiligt sind. Durch ein Umlageverfahren wird sichergestellt, dass die Einrichtungen, die ausbilden in gleichem Maße an der Finanzierung beteiligt sind, wie Einrichtungen, die nicht ausbilden. Pflegefachkräfte können ohne Begrenzung der Ausbildungszahlen zur Sicherung der Fachkräftebasis in der Pflege ausgebildet werden. Das nutzt ausbildenden Einrichtungen in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege gleichermaßen. Neu ist, dass der Bund die Finanzierung einer Fachkommission und zusätzlicher unterstützender Angebote und Forschung über das Bundesinstitut für berufliche Bildung übernimmt.“²³

21 Ebenda: 4f.

22 Ebenda: 5.

23 Ebenda.

4.7. Inkrafttreten

„Das Pflegeberufegesetz gilt für alle Ausbildungen, die ab dem 1. Januar 2020 begonnen werden. Bis dahin müssen weitere Vorbereitungen getroffen und insbesondere auch die notwendigen begleitenden Rechtsverordnungen erlassen werden. Daher wird das Gesetz in Stufen in Kraft treten. Einige Regelungen treten bereits am Tag nach der Verkündung in Kraft. Die Ausbildungseinrichtungen und Pflegeschulen werden ausreichend Zeit haben, um sich auf die neue Ausbildung einzustellen. Zudem sind umfassende Übergangs- und Bestandsschutzregelungen für bestehende Pflegeschulen und das vorhandene Personal vorgesehen.“²⁴

5. Stellungnahmen zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe

Am 25. Juni 2018 fand eine öffentliche Anhörung zur Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) im Deutschen Bundestag statt.

Insgesamt hatten 41 Organisationen, Verbände, Universitäten und andere Im Pflegebereich tätige Organisationen schriftliche Stellungnahmen zur PflAPrV eingereicht. Die Liste der Institutionen, die Stellungnahmen eingereicht haben, ist als Anlage 1 beigefügt.

Der generalistische Ansatz, der der neuen PflAPrV zu Grunde liegt, wird von vielen, aber nicht von allen Organisationen begrüßt. Deshalb wurden eine Vielzahl von Anmerkungen und Änderungswünsche organisatorischer, finanzieller und sonstiger Art zur Änderung der PflAPrV vorgebracht. Dazu zählen z. B. der Umfang und Stundenzahl des theoretischen und praktischen Unterrichts, die Dauer der praktischen Ausbildung, die Komptabilität der PflAPrV mit bereits bestehenden Studien- und Prüfungsordnungen an Hochschulen und vieles mehr. Eine Darstellung aller dieser Einwände und Vorschläge ist im Rahmen dieser Dokumentation nicht zu realisieren. Deshalb beschränkt sich der nachfolgende Text auf drei Themenbereiche, die wegen ihrer kontroversen Diskussion und ihrer Tragweite für die zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildung auch in den öffentlichen Medien wahrgenommen wurden.

5.1. Reform der Altenpflege

5.1.1. Stellungnahme der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Besonders umstritten sind die in der Anlage 4 der PflAPrV formulierten Ausbildungsziele für den Bereich Altenpflege. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) befürchtet, dass durch die Einführung der PflAPrV eine Verschlechterung der Ausbildung in der Altenpflege eintritt.

„Zu befürchten ist, dass die Altenpflege die große Verliererin der Reform ist. Die im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommenen Änderungen in Anlage 4 zielen auf ein Absenken des Ausbildungsniveaus. Es macht zwar einen Unterschied, ein Kleinkind oder einen älteren Menschen zu pflegen, aber am erforderlichen Qualifikationsniveau der Profession ändert dies nichts.

Aufgrund der gestiegenen Anforderungen braucht es eine qualitativ hochwertige Ausbildung mit attraktiven Bedingungen. Professionelle Pflege ist mehr als ein großes Herz und Engagement. Die

Ausbildung in der Altenpflege muss den anspruchsvollen Anforderungen an die pflegerische Versorgung gerecht werden. Es geht um eine menschenwürdige Pflege in der letzten Phase des Lebens. Dafür braucht es adäquat qualifiziertes Personal. Ziel aller Beteiligten muss sein, die Auszubildenden zu unterstützen, die dreijährige Ausbildung erfolgreich abzuschließen.

Mit der geplanten Ausgestaltung wird die Chance verpasst, die Altenpflege aufzuwerten und im Rahmen des Pflegeberufegesetzes gleichwertige Berufsabschlüsse auf den Weg zu bringen. Statt die überfällige Aufwertung der Altenpflege zu organisieren und mit attraktiven Bedingungen für ausreichend Fachkräfte zu werben, wird – wie auch bei der Zwischenprüfung – den Interessen der kommerziellen Pflegekonzerne entsprochen, die Altenpflege so billig wie möglich zu halten, um die Gewinne zu maximieren.

Die Zwischenprüfung ist dem Kompromiss zum Pflegeberufegesetz geschuldet und dient in erster Linie dazu, den Ländern zu ermöglichen, die bis dahin erworbenen Kompetenzen einer Pflegeassistenten- oder -helfer/-innenausbildung gleichzusetzen. ver.di spricht sich ausdrücklich gegen diese Möglichkeit aus. Vor allem die privaten Arbeitgeberverbände verfolgen damit das Anliegen, eine Anrechnung auf die Fachkraftquote in der Altenpflege zu erzielen. Eine solche Absenkung der Standards lehnen wir entschieden ab. Stattdessen braucht es aufgrund der veränderten Bewohner/innenstruktur mehr Fachkräfte. Wer es ernst meint mit der Aufwertung der Pflegeberufe, darf keine Aufspaltung pflegerischer Arbeit vorantreiben. Ganzheitliche Pflegeprozesse dürfen nicht in einzelne Handgriffe zerlegt und auf Beschäftigte mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus aufgeteilt werden. Die Arbeitsteilung entsprechend der industriellen Produktion verbietet sich bei der Versorgung hilfebedürftiger Menschen. Dass die Zwischenprüfung zwei nicht miteinander vereinbare Zielsetzungen verfolgt, wird durch Anlage 1 offensichtlich: Einerseits sollen bis zur Zwischenprüfung Teilkompetenzen erworben werden, die in der weiteren Ausbildung verbreitert und vertieft werden. Im Widerspruch zur pädagogischen Zielsetzung steht andererseits die Möglichkeit, dass die Länder die bis zur Zwischenprüfung erworbenen Kompetenzen einer Pflegeassistenten- oder -helfer/-innenausbildung gleichsetzen können. Es ist jedoch in der Ausbildungspraxis kaum umsetzbar, curricular auf einen vorzeitigen Abschluss zu orientieren und gleichzeitig eine aufeinander aufbauende Kompetenzentwicklung für eine dreijährige Ausbildung zu gestalten.

Sofern an der Zwischenprüfung festgehalten wird, ist diese so auszugestalten, dass sie ausschließlich eine pädagogische Funktion hat und ausdrücklich nicht mit der Möglichkeit der Anerkennung einer Pflegeassistenten- bzw. -helfer/-innenausbildung vermischt wird. Dafür ist es erforderlich, Anlage 1 zu streichen und die Zwischenprüfung ausschließlich zur Ermittlung des Ausbildungsstandes durchzuführen sowie bei Bedarf mit Fördermaßnahmen zu verbinden. Es ist unbedingt sicherzustellen, dass die Auszubildenden nicht dazu gedrängt werden, ihre Ausbildung abzubrechen.

Im Übrigen führen die Regelungen zur Zwischenprüfung und zu Jahreszeugnissen zu einem unnötig hohen bürokratischen Aufwand, der noch dazu die Auszubildenden einem ständigen Prüfungsdruck aussetzt. Das kann der Ausbildungsqualität nicht dienlich sein. Beides braucht es nicht.“²⁵

5.1.2. Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V

„Der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) hat sich mehrfach gegen die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung ausgesprochen, da wir darin eine Bedrohung der Versorgungssicherheit, vor allem im ländlichen Bereich, sehen.“²⁶

„Wie bereits der Begründung zum PflAPrV zu entnehmen ist, erfolgt für alle Auszubildenden die Ausbildung in den ersten zwei Jahren generalistisch. Der AGVP empfiehlt, den Pflegeschulen einen durch die Fachkommission erarbeiteten, einheitlichen Lehrplan für die ersten zwei Jahre der generalistischen Pflegeausbildung zur Verfügung zu stellen. Ein einheitlicher Lehrplan ermöglicht nicht nur eine deutschlandweit einheitliche und standardisierte Ausbildung bis zur Zwischenprüfung. Mit einem einheitlichen Lehrplan wird ein Ausbildungsstandard etabliert, der Vergleichbarkeit und einheitliche Prüfungsgrundlagen für die Pflegeschulen, den Ausbildungsbetrieb und das Prüfungsgremium bieten. Auch die Praxisanleitung kann sich gezielt auf die einheitlich zu vermittelnden Standards vorbereiten und diese in der Praxis umsetzen. Des Weiteren wird ein Wechsel des Ausbildungsbetriebes und ggf. der Pflegeschule für den Auszubildenden und auch den neuen Ausbildungsbetrieb deutlich erleichtert. Wir empfehlen, die praktischen Ausbildungsträger im Sinne des Theorie-Praxis-Transfers in den Prozess der Lernplanerstellung einzubeziehen.“²⁷

Laut Aussage des AGVP wird die Generalistik nicht zu höheren Ausbildungszahlen führen. Stattdessen wird vor allem die spezialisierte Pflege (Alten- und Kinderkrankenpflege) massiv darunter leiden.

„Wenn Auszubildende, aus welchen Gründen auch immer, nach der Zwischenprüfung nach zwei Jahren die Ausbildung beenden, gehen diese dann mit „leeren Händen“? Es bleibt Länderhoheit, die in den zwei Jahren erworbenen Kompetenzen im Rahmen einer Pflegeassistenten- oder Pflege-

25 Verdi (2018). Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) BT-Drs. 19/2707 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit, S.1f. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5b2bd980e58deb05fd00ebff/download/2018_06_ver.di-stn-PflAPrV.PDF

26 Arbeitgeberverband Pflege e.V (2018). Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zum Referentenentwurf Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PflAPrV/AGVP_Stellungnahme_zur_PflAPrV_2018_04_19.pdf

27 Ebenda: 3.

helferausbildung anzuerkennen, was man fast mit Willkür gleichsetzen kann. Es wäre äußerst fatal, diesen Menschen keinen Abschluss zuzugestehen. Hier gilt es mit den zuständigen Ministerien vor Ort verbindliche Regelungen zu erarbeiten.

Wie sollen die Träger der Ausbildung die neuen Anforderungen und Verpflichtungen ohne Unterstützung bewältigen?

Welche Pflegeschule entscheidet sich künftig, für drei verschiedene Abschlüsse entsprechende Curricula zu erstellen, das Lehrpersonal dafür einzustellen und vor allem bisher alleinige Altenpflegeschulen die finanziellen Mittel für die Umstrukturierung zu beschaffen?

Wir befürchten, dass die spezialisierten Abschlüsse mit Einführung der Generalistik aussterben werden und damit auch die qualitativ hochwertige Altenpflege.“²⁸

5.1.3. Stellungnahme des Bundes deutscher Arbeitgeber

Zu einer ähnlich negativen Einschätzung tendiert auch der Bund deutscher Arbeitgeber und erklärt:

„Im Zuge eines Kompromisses bei der Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) hat sich der Bundestag dafür ausgesprochen, dass in der Altenpflege ein attraktiver Berufsabschluss erhalten bleibt, der weiter auch für normalbegabte Menschen, die über einen mittleren Schul- oder Hauptschulabschluss verfügen, eine realistische Ausbildung darstellt. Diesem Anspruch wird der Verordnungsentwurf in keiner Weise gerecht. Er treibt im Gegenteil die insbesondere vom ehemaligen Präsidenten des Pflegerates und neuen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung protegierte Akademisierung der Pflegeberufe voran. Das ist als Unterlaufen des Kompromisses des Deutschen Bundestages entschieden abzulehnen. Im Ergebnis fördern die Inhalte der Verordnung das berufsspezifische Interesse, Pflegefachkräfte auf Augenhöhe mit Ärztinnen und Ärzten zu stellen. Dies wird zu einer massiven Verschärfung des Notstandes bei der Gewinnung von Fachkräften in der Altenpflege führen. Aktuell verfügen gut 58 % der Auszubildenden in der Altenpflege höchstens über einen Hauptschulabschluss. Durch eine unsachgerechte Quasi-Akademisierung würden genau diese Menschen de facto von der Ausbildung zum/zur Altenpfleger/In ausgeschlossen. Obwohl doch das Gegenteil erforderlich ist: Erhalt und Erweiterung des Potentials guter Pflegefachkräfte gerade aus diesem Personenkreis.“²⁹

28 Ebenda: 11.

29 Bund deutscher Arbeitgeber (2018). Entwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe konterkariert den Bundestagsbeschluss zur Aufrechterhaltung einer attraktiven Altenpflegeausbildung. Stellungnahme zum Referentenentwurf für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, 19. April 2018, S. 1. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PflAPrV/BDA_Stellungnahme_2018_04_19.pdf

5.2. Reform der Kinderkrankenpflege

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Die DGKJ weist darauf hin, dass der generalistische Ansatz der Ausbildung nach der PflAPrV eine nur sehr unzulängliche Basis für den Einsatz in der pädiatrischen Versorgung darstellt. Darüber hinaus befürchtet die DGKJ Kapazitätsengpässe bei den pädiatrischen Pflichteinsätzen.

„Eine erfolgreich durchlaufene generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/mann mit lediglich einem verpflichtenden Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung (in welchem pädiatrischen Setting auch immer) befähigt eben nicht dazu, Säuglinge, kleine und große Kinder eigenständig pflegen zu können. Der Gesetzgeber sollte nicht suggerieren, dass dies ohne weitere Nachqualifikation und ohne Anleitung möglich sei, wenn dieser „Kompetenzerwerb“ für die praktische Ausbildung lediglich auf dem pädiatrischen Pflichteinsatz von 120 Stunden beruht. Dies sollte allen beteiligten Akteuren, bei denen Qualitätsaspekte im Alltag nicht die oberste Priorität eingeräumt werden (Krankenhäuser und deren Verwaltungsleitungen, Krankenhausträger, Pflegeschulen, Pflegedienstleitungen) und auch den Auszubildenden selbst deutlich gemacht werden. Eine selbstständige Pflege von Kindern ist mit einem generalistischen Pflegeausbildungsabschluss ohne Nachqualifikation nicht möglich.“³⁰

Des Weiteren gibt die DGKJ zu bedenken, dass bei einer Umsetzung von § 3: Praktische Ausbildung: (4) ... „Die allgemeinen Pflichteinsätze ... sowie der Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung ... sind in den ersten zwei Dritteln der Ausbildungszeit durchzuführen.“ mit erheblichen, vor allem praktischen Problemen zu rechnen ist.

„Wir vermissen eine Spezifizierung des Rahmens, in dem die pädiatrischen Pflichteinsätze stattfinden sollen. In der Kinderkrankenpflege gehen wir von knapp 7.000 Auszubildenden/Jahr (für alle 3 Ausbildungsgänge) aus. Diesen 7.000 stehen über 120.000 Auszubildende in der bisherigen allgemeinen Krankenpflege wie auch der Altenpflege gegenüber. Wir warnen dringend davor, die pädiatrischen Pflichteinsätze in den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin durchzuführen und hier Ausbildungskapazitäten zu blockieren, die für die spezifische Kinderkrankenpflege (mit dem Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Pflegefachfrau/-mann mit pädiatrischer Vertiefung) dringend gebraucht werden.“³¹

5.3. Rahmenpläne der Fachkommission

„Erstmals in der Reformgeschichte der Pflegeausbildungen sind zur nachhaltigen Umsetzung der Reformansprüche gemäß § 53 PflBG bundeseinheitliche Rahmenpläne mit empfehlender Wirkung erarbeitet worden. Sie dienen den Pflegeschulen und den Trägern der praktischen Ausbildung als Orientierungshilfen für die Entwicklung der schulinternen Curricula einerseits und der

30 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (2018). Stellungnahme der DGKJ zum Referentenentwurf des BMG und des BMFSFJ für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV), 18. April 2018, S. 2. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/pflapr.html>

31 Ebenda.

Ausbildungspläne andererseits. Auch für die Länder stellen sie eine Orientierung dar, ohne jedoch in deren Durchführungszuständigkeit einzugreifen.

Für die Erarbeitung der Rahmenpläne haben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit eine Fachkommission eingerichtet, die mit einem Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und mit einem hierauf abgestimmten Rahmenausbildungsplan für die praktische Ausbildung die qualitative und bundesweit einheitliche inhaltliche Ausgestaltung der beruflichen Pflegeausbildung unterstützt.

Die Fachkommission, bestehend aus insgesamt elf pflegefachlich, pflegepädagogisch und pflegewissenschaftlich ausgewiesenen Expertinnen und Experten, hat im Dezember 2018 ihre Arbeit aufgenommen und legt nunmehr die ersten Rahmenpläne vor, die sie innerhalb von nur sechs Monaten erarbeitet hat. Der in § 53 Abs. 2 festgelegte erstmalige Vorlagetermin und der enge Zeitrahmen haben den Kommissionsmitgliedern ein enormes Arbeitspensum und einen hohen Arbeitseinsatz im Rahmen ihrer ehrenamtlich ausgeübten Tätigkeit abverlangt. Mit der Intention, durch eine an pflegefachlichen und pflegepädagogischen Standards orientierte Pflegeausbildung einen Beitrag zu einer qualitätsgesicherten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu leisten, haben die Kommissionsmitglieder diese Herausforderung angenommen.“³²

„In acht zweitägigen Kommissionssitzungen sowie in zwischenzeitlichen intensiven Arbeitsphasen in kleineren Arbeitsgruppen haben die Kommissionsmitglieder alle konzeptionellen Fragen gemeinsam diskutiert und konsensorientiert entschieden. Sämtliche Zwischenergebnisse wurden trotz des engen Zeitplans mehrfach in der Kommission abgestimmt und weiterentwickelt. In die Beratungsprozesse gingen auch die zahlreichen Stellungnahmen und Vorschläge ein, die an die Fachkommission während des Entwicklungsprozesses der Rahmenpläne von unterschiedlichen Seiten herangetragen worden sind.

An den Sitzungen der Fachkommission haben gemäß § 53 Abs. 4 PflBG Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege, der Gesundheitsministerkonferenz, der Arbeits- und Sozialministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz beratend teilgenommen.

Administrativ ist die Fachkommission gemäß § 53 Abs. 5 PflBG durch die beim Bundesinstitut für Berufsbildung angesiedelte Geschäftsstelle unterstützt worden.

Die von der Fachkommission vorgelegten Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht und die Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung nach den Anlagen 1 und 2 sowie 3 und 4 sind Bestandteile der nach § 50 PflAPrV geregelten integrierten Bildungspläne. Zur Sicherstellung ihrer Aktualität werden sie von der Fachkommission kontinuierlich – mindestens jedoch alle fünf Jahre – überprüft und ggf. angepasst. Voraussetzung hierfür

32 Bundesinstitut für Berufsbildung (2019). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. 01.08.2019, S. 5f. https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf

sind Verfahren der Evaluation, über die sich die Fachkommission in einem ihrer weiteren Arbeitsschritte verständigen wird.

Das vorliegende Dokument beinhaltet drei Teile. Im Begründungsrahmen als Teil I werden zunächst die Hintergründe, die zur Entwicklung der Rahmenpläne geführt haben, offengelegt, die hiermit verbundenen Intentionen werden beschrieben, und der Auftrag der Fachkommission wird umrissen. In den darauf folgenden Kapiteln werden wesentliche Überzeugungen und Prinzipien skizziert, welche die Fachkommission in ihren Entscheidungen bei der Entwicklung der Rahmenpläne geleitet haben. Mit dem Ziel, das Verständnis für die entwickelten Rahmenpläne zu vertiefen, geht ein weiteres Kapitel ausführlich auf die Konstruktionsprinzipien ein, die sowohl den Rahmenlehrplänen als auch den Rahmenausbildungsplänen zugrunde liegen. In zwei weiteren Kapiteln werden der Aufbau der Rahmenlehrpläne erläutert sowie Hinweise für die Umsetzung der Rahmenpläne gegeben. Teil II enthält (1) die Rahmenlehrpläne und (2) die Rahmenausbildungspläne jeweils differenziert nach den Anlagen 1 und 2 sowie 3 und 4. Im Anhang in Teil III finden sich Nachweisdokumente, welche sich auf die Anlagen 6 und 7 PflAPrV beziehen.³³

6. Ausbildungsvergütung

6.1. Gehalt in der Ausbildung als Altenpfleger/in

„Auszubildende haben Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung. Da es in der Altenpflege keinen allgemein verbindlichen Tarifvertrag gibt, kann diese zwischen den einzelnen Trägern der praktischen Ausbildung sehr unterschiedlich ausfallen. Meist staffelt sie sich nach dem Ausbildungsjahr.

Erfolgt die Ausbildung in Einrichtungen des öffentlichen Dienstes oder Einrichtungen von Ausbildungsträgern, die sich an die Regelungen des öffentlichen Dienstes anlehnen, gelten derzeit grundsätzlich folgende Ausbildungsvergütungen:

1. Ausbildungsjahr: 1.140.69 EUR

2. Ausbildungsjahr: 1.202.07 EUR

3. Ausbildungsjahr: 1.303.38 EUR

(Stand: 01.03.2019)

Bei den kirchlichen Wohlfahrtsverbänden wie Caritas oder Diakonie gelten in der Regel die Arbeitsvertragsrichtlinien der Kirchen (AVR-K). Private Träger haben entweder Haustarifverträge oder handeln ihre Vergütung frei aus.

Wenn die Ausbildungsvergütung die einschlägige tarifliche, branchenübliche oder in den AVR-K festgelegte Vergütung um mehr als 20 Prozent unterschreitet, ist sie nach der Rechtsprechung des

Bundesarbeitsgerichts nicht mehr angemessen (Urteil des BAG vom 23.8.2011, 3 AZR 575/09). Dann sollte unter Hinweis auf diese Rechtsprechung eine höhere Vergütung verlangt werden.“³⁴

6.2. Gehalt in der Ausbildung als Krankenpfleger/in

„Mit etwa 950,00 Euro bis 1.300,00 Euro pro Monat kann ein Krankenpfleger bereits während der Ausbildung verdienen, wenn der Ausbilder einem Tarifvertrag angehört. Tarifvertraglich steigt dieser Verdienst dazu noch um etwa 50,00 Euro bis 100,00 Euro pro Ausbildungsjahr.

Betrachtet man also die kirchlichen Verbände und Einrichtungen oder die Tarifverträge der öffentlichen Dienste, so sieht das Krankenpfleger Ausbildung Gehalt folgendermaßen aus:

Krankenpfleger Ausbildung Gehalt	Gehalt von	Gehalt bis
1. Ausbildungsjahr	950 €	1.140 €
2. Ausbildungsjahr	1.000 €	1.200 €
3. Ausbildungsjahr	1.100 €	1.300 €

„Nicht ganz so gut sieht es in privaten Einrichtungen aus, die sich keinem Tarifvertrag angliedern. Hier gibt es Ausbildungsbetriebe, die weniger als 800,00 Euro monatlich bezahlen. Die Schwankungen sind daher groß zwischen privaten und staatlichen Einrichtungen.“³⁵

6.3. Gehalt in der Ausbildung als Kinderkrankenpfleger/in

„Verdienst in der Ausbildung: Wie viel Geld Auszubildende in ihrer Ausbildung erhalten, hängt davon ab, ob sie diese im öffentlichen Dienst absolvieren, also beispielsweise in einem öffentlichen Krankenhaus oder jedoch in einer privaten Klinik oder einem privaten Pflegedienst. Abweichungen in der Ausbildungsvergütung sind daher möglich.

Die Ausbildungsvergütung im öffentlichen Dienst laut TvöD beträgt im 1. Ausbildungsjahr rund 961 Euro, im 2. Ausbildungsjahr dann schon 1.027 Euro und im letzten Jahr der Ausbildung immerhin 1.133 Euro. Natürlich wird auch im Rahmen der Ausbildung das Arbeiten an Wochenenden, Feiertagen oder in der Nacht zusätzlich vergütet.“³⁶

34 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). Die Ausbildungsvergütung. <https://www.pflegeausbildung.net/ausbildung/informationen-zur-altenpflegeausbildung/ausbildungsvergue-tung.html>

35 Praktischer Arzt (2019). Krankenpfleger Gehalt: Verdienst in Ausbildung und Beruf. <https://www.praktischer-arzt.de/blog/krankenpfleger-gehalt/>

36 Praktischer Arzt (2017). Kinderkrankenschwester – Ausbildung, Beruf, Gehalt, Stellenangebote. <https://www.praktischer-arzt.de/blog/kinderkrankenschwester/>

Ausbildungsvergütung nach TVöD:

Ausbildungsjahr	Gehalt (Brutto)
1. Ausbildungsjahr	961 Euro
2. Ausbildungsjahr	1.027 Euro
3. Ausbildungsjahr	1.133 Euro

(Ebenda: Stand 2017)

7. Fazit

Zurzeit können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob die Reform des PflBRefG und der PflAPrV zu einer Verbesserung des Gesundheitswesens im Pflegebereich führt und ob die eingeleiteten Maßnahmen die Pflegeberufe für potentielle Auszubildende attraktiver machen, da die vom Bundestag beschlossenen Änderungen in der Ausbildung erst am 1. Januar 2020 in Kraft treten werden.

Ob eine Reform der Reform notwendig ist, kann frühestens in fünf Jahren evaluiert werden, wenn feststeht, ob tatsächlich mehr Auszubildende einen Pflegeberuf ergriffen haben und die ersten ausgebildeten Pfleger und Pflegerinnen ihre Tätigkeit aufgenommen bzw. ihr Studium absolviert haben.

8. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Arbeitgeberverband Pflege e.V (2018). Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zum Referentenentwurf Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PflAPrV/AGVP_Stellungnahme_zur_PflAPrV_2018_04_19.pdf
- Bund deutscher Arbeitgeber (2018). Entwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe konterkariert den Bundestagsbeschluss zur Aufrechterhaltung einer attraktiven Altenpflegeausbildung. Stellungnahme zum Referentenentwurf für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, 19. April 2018, S. 1. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PflAPrV/BDA_Stellungnahme_2018_04_19.pdf
- Bundesagentur für Arbeit (2011). Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/Klassifikation-der-Berufe_ba017989.pdf
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2019). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung, 01.08.2019, S. 5f. https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). Die Ausbildungsvergütung. <https://www.pflegeausbildung.net/ausbildung/informationen-zur-altenpflegeausbildung/ausbildungsverguetung.html>
- Bundesministerium Für Gesundheit (2018). Stellungnahmen zum Referentenentwurf PflAPrV. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/pflaprv.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz, S. 1. <https://www.bmfsfj.de/blob/77268/21edf78ebd06f31862dc7becacbd97/faqs-pflegeberufesgesetz-data.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (2018). Stellungnahme der DGKJ zum Referentenentwurf des BMG und des BMFSFJ für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV), 18. April 2018, S. 2. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/pflaprv.html>
- Nelder, Thomas; u, a. (2017). Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Kurzfassung. Berlin – Darmstadt – Tü-

bingen, 12. April 2017. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/entwicklung-angebotsstruktur-beschaeftigung-fachkraeftebedarf-im-nichtaerztlichen-bereich-der-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=22

Praktischer Arzt (2017). Kinderkrankenschwester – Ausbildung, Beruf, Gehalt, Stellenangebote. <https://www.praktischer-arzt.de/blog/kinderkrankenschwester/>

Praktischer Arzt (2019). Krankenpfleger Gehalt: Verdienst in Ausbildung und Beruf. <https://www.praktischer-arzt.de/blog/krankenpfleger-gehalt/>

Verdi (2018). Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) BT-Drs. 19/2707 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit, S.1f. https://gesundheitssoziales.verdi.de/++file++5b2bd980e58deb05fd00ebff/download/2018_06_ver.di-stn-PflAPrV.PDF

9. Anlage 1

Liste der eingegangenen Stellungnahmen zum Referentenentwurf der PflAPrV³⁷

- Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (APrVO) (PDF, 236 kB)
- Arbeitgeberverband Pflege (AGVP) (PDF, 309 KB)
- APH Bundesverband e.V. (PDF, 756 KB)
- Arbeitskreis Ausbildungsstätten Altenpflege (PDF, 433 KB)
- Bundesärztekammer (BAeK) (PDF, 173 KB)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) (PDF, 67 KB)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (PDF, 217 KB)
- Bundesverbandes der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB) (PDF, 273 KB)
- Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) (PDF, 421 KB)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) (PDF, 353 KB)
- Bundesverband Pflegemanagement e.V. (PDF, 104 KB)
- Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DAGPP) (PDF, 103 KB)
- dbb beamtenbund und tarifunion (PDF, 70 KB)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (PDF, 97 KB)
- Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA) (PDF, 265 KB)
- Dekanekonferenz Pflegewirtschaft (PDF, 209 KB)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (PDF, 231 KB)
- Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DGGPP) (PDF, 108 KB)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (PDF, 84 KB)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) (PDF, 371 KB)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) (PDF, 99 KB)

37 Bundesministerium Für Gesundheit (2018). Stellungnahmen zum Referentenentwurf PflAPrV. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refer/pflaprv.html>

- Diakonie und Caritas (PDF, 300 KB)
- Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) (PDF, 425 KB)
- Deutscher Pflegerat (DPR) (PDF, 276 KB)
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (PDF, 301 KB)
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (PDF, 233 KB)
- Deutscher Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe (DVLAB) (PDF, 67 KB)
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen Deutschland e.V. (GKinD) (PDF, 684 KB)
- GKV Spitzenverband (PDF, 61 KB)
- Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e.V. (PDF, 3 MB)
- Marburger Bund (PDF, 240 KB)
- Paritätischer Gesamtverband (PDF, 134 KB)
- Pflegekammer Rheinland-Pfalz (PDF, 134 KB)
- Sozialverband Deutschland (SoVD) (PDF, 228 KB)
- Sozialverband VDK Deutschland (PDF, 210 KB)
- Universitätsmedizin Halle (UKH) (PDF, 995 KB)
- Universitätsklinikum Magdeburg (PDF, 108 KB)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) (PDF, 406 KB)
- Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) (PDF, 51 KB)
- Verband Deutscher Privatschulverbände e.V. (VDP) (PDF, 452 KB)
- ver.di (PDF, 184 KB)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) (PDF. 263 KB)