

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Verordnungsentwurf

**des Bundesministeriums für Bildung,
Familie, Senioren, Frauen und Jugend
und des Bundesministeriums für Gesundheit**

für eine

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die
Pflegefachassistenz**

(Pflegefachassistenz-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflFAssAPrV)

(Stand: 16.02.2026)

Zusammenfassung

Mit dem Pflegefachassistenzgesetz (PflAssG) wurde erstmals ein eigenständiges, bundesweit einheitliches Berufsbild für die Pflegeassistenz etabliert. Die Krankenhäuser haben das Ziel der Bundesregierung unterstützt, die bislang heterogen geregelte Pflegefachassistentenausbildung durch ein bundeseinheitliches Gesetz zu harmonisieren und zu normieren. Gleichzeitig eröffnet das Gesetz Perspektiven für weiterführende Qualifizierungen nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) und trägt damit zu durchlässigen Bildungswegen in der Pflege bei.

Der nun vorliegende Verordnungsentwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zur Pflegefachassistenz (PflAssAPrV) konkretisiert die gesetzlichen Vorgaben und definiert insbesondere die Mindestanforderungen an die Ausbildung. Darüber hinaus regelt der Entwurf die Durchführung der staatlichen Prüfung, die Struktur und die Organisation der praktischen Ausbildung.

Grundlegende Bewertung

Mit rund 1,42 Millionen direkt Beschäftigten gehört der Krankenhaussektor zu den größten Arbeitgebern in Deutschland. Bereits heute ist das Arbeitsvolumen in der pflegerischen Versorgung hoch, während Fachkräftemangel, demografischer Wandel und zunehmend detaillierte Personalvorgaben die Einrichtungen erheblich unter Druck setzen. Ohne wirksame und aufeinander abgestimmte Maßnahmen zur Fachkräftesicherung wird es für Krankenhäuser zunehmend schwieriger, eine bedarfsgerechte Personalausstattung zu gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund bewerten die Krankenhäuser die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung grundsätzlich positiv. Die Stärkung des Assistenzbereichs kann neue Einsatzmöglichkeiten eröffnen und zur Stabilisierung der stationären Versorgung beitragen. Entscheidend wird jedoch sein, dass die Zahl der Ausbildungsplätze im Assistenzbereich bundesweit mindestens gehalten und möglichst ausgebaut werden kann. Zusätzliche Anforderungen dürfen hierbei keine neuen Hürden schaffen.

Die Ausgangslage in den Bundesländern ist aufgrund bislang 27 unterschiedlicher Regelungen sehr heterogen. Strukturen, die in einzelnen Ländern bereits etabliert sind, müssen andernorts erst aufgebaut werden. Neben begrenzten schulischen Kapazitäten stellt insbesondere die Sicherstellung ausreichender Praxiseinsatzplätze ein zentrales Risiko für die Umsetzung dar. Vor diesem Hintergrund haben sich die Krankenhäuser im bisherigen Verfahren zur Einführung der bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung für eine Begrenzung auf zwei Praxiseinsätze ausgesprochen. Auch die Organisation und Koordination der staatlichen Prüfungen wird voraussichtlich zusätzliche personelle und organisatorische Ressourcen erfordern.

Im Folgenden werden die maßgeblichen Anpassungsbedarfe am Verordnungsentwurf dargestellt, um die praktische Umsetzung der Ausbildung perspektivisch tragfähig, qualitativ hochwertig und wirtschaftlich sicherstellen zu können.

Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Unterscheidung von komplexen und nicht komplexen Pflegesituationen (§ 1 Inhalt der Ausbildung)

Für die Krankenhäuser liegt ein besonderer Fokus auf der Eigenständigkeit, die die bundeseinheitliche Ausbildung zur Pflegefachassistenz vermitteln soll. Die Inhalte der Ausbildung befähigen die Auszubildenden, die Ausbildungsziele nach § 4 PflFAssG zu erreichen. Weitergehend ist den Krankenhäusern wichtig, dass die Auszubildenden ein Verständnis für den Pflegeprozess erlangen. Dies wird durch die in Anlage 1 PflFAssAPrV aufgeführten Kompetenzen abgedeckt. Sowohl die eigenständige Durchführung von nicht komplexen Pflegesituationen als auch die Mitwirkung an Pflegemaßnahmen in komplexen Pflegesituationen sind darin umfasst. Allerdings ist die Differenzierung nicht komplexer sowie komplexer Pflegesituationen in der PflFAssAPrV auch im Verordnungsentwurf nicht weiter konkretisiert worden. Hier bedarf es einer hinreichenden Definition bzw. Aufgaben- oder Kompetenzbeschreibung, damit zukünftig eine Eindeutigkeit bezüglich der Aufgabenübernahme und pflegerischen Tätigkeiten von Pflegefachassistenzpersonen vorliegt.

Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Befähigung von Pflegefachassistenzpersonen zur Unterstützung bei rehabilitativen Maßnahmen in die zu erlernenden Kompetenzen in Anlage 1 PflFAssAPrV aufgenommen wurde.

Reduzierung des Gesamt-Stundenumfanges der 18-monatigen Ausbildung (§ 2 Gliederung der Ausbildung)

Der Verordnungsentwurf sieht insgesamt 1.050 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 1.280 Stunden praktische Ausbildung in den 18 Monaten vor (2.330 Stunden insgesamt). Bezogen auf 12 Monate entspricht dies 1.553 Stunden. In der generalistischen Pflegeausbildung sind lediglich 1.533 Stunden jährlich vorgesehen. Insbesondere vor dem Hintergrund der fortschreitenden Verkürzung der Wochenarbeitszeit sollte die Ausbildungszeit auf insgesamt 2.250 Stunden abgesenkt werden (1.500 Stunden pro Jahr). Das entspricht einer Verkürzung um 80 Stunden. Die Verteilung sollte in 1.000 Stunden theoretischer und praktischer Unterricht sowie 1.250 Stunden praktische Ausbildung erfolgen.

Ausbildungskapazitäten durch Flexibilisierung der Praxiseinsätze sichern (§ 4 Praktische Ausbildung i. V. m. Anlage 3)

Die vorliegende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sieht vor, dass von fünf praktischen Einsätzen in der Ausbildung, drei Pflichteinsätze in den Bereichen der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege absolviert werden. Die Krankenhäuser hatten sich im Rahmen der Gesetzgebung zum Pflegefachassistenzgesetz für eine Reduzierung auf zwei Pflichteinsätze ausgesprochen. Dennoch übernimmt der aktuelle Verordnungsentwurf drei Pflichtstationen mit jeweils 240 Stunden. Insbesondere in Flächenländern kann dies zu erheblichen Problemen führen. Die Verfügbarkeit von Praxiseinsatzstellen hat sich – anders als vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Soziales, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) erwartet – seit Beginn der generalistischen Ausbildung nicht verbessert. Besonders ambulante Einsätze bleiben ein Dauerproblem. Gleichzeitig wird es immer schwieriger, genügend Einsatzstellen in Krankenhäusern zu finden. Durch die anhaltende Schließung

von Klinikstandorten entstehen zusätzliche Engpässe und die damit häufig verbundenen weiteren Wege zu ihren Einsatzorten können die Auszubildenden vor eine unlösbare Herausforderung stellen.

Aufgrund der hohen Nachfrage und sinkenden Standortanzahl sehen sich Pflegeschulen bereits heute mit der Herausforderung konfrontiert, Krankenhauseinsatzstellen zu finden. Daher begrüßen die Krankenhäuser, dass die Forderung nach mehr Flexibilität in der Gestaltung der Pflichteinsätze in Teilen umgesetzt wurde. Mit dem vorliegenden Entwurf ist es neben dem ambulanten Bereich auch im Pflichteinsatz „Akutpflege in stationären Einrichtungen“ möglich, die Stunden von 240 auf 120 Stunden zu reduzieren. Jedoch wird die Möglichkeit in dem Verordnungsentwurf bis zum 31.12.2032 befristet. Diese Art der Flexibilisierung sollte für alle Pflichteinsätze dauerhaft gelten. So bestehen mehr Chancen, trotz ggf. regional knapper Kapazitäten einzelner Versorgungsbereiche die praktischen Pflichteinsätze sicherzustellen. Daher sollte von einer Befristung abgesehen werden. Alternativ ist vor Ablauf der Frist zwingend zu überprüfen und zu evaluieren, ob eine Verlängerung dieser Flexibilität zur Aufrechterhaltung der Ausbildungskapazitäten angezeigt ist.

Die Krankenhäuser hatten in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf die Möglichkeit der Teilung von Pflichteinsätzen gefordert. Dies wurde im Verordnungsentwurf in § 4 Absatz 3 zumindest für den Träger der praktischen Ausbildung übernommen. Die Möglichkeit, dass Pflichteinsätze geteilt werden können, begrüßen die Krankenhäuser, sehen dies jedoch nicht als ausreichend an. Weitergehend wird sich für die freie zeitliche und örtliche Gestaltung der praktischen Ausbildung ausgesprochen, sodass auch kleinere verfügbare Zeitfenster der Einrichtungen genutzt werden können.

Konkretisierung der Regelungen zur Praxisanleitung und Verlängerung der Übergangsregelungen (§ 6 Qualifikation zur Praxisanleitung)

Der bereits in der generalistischen Pflegeausbildung bestehende Mangel an qualifizierten Praxisanleitungen stellt seit Jahren eine zentrale strukturelle Herausforderung dar und begrenzt die Ausbildungskapazitäten erheblich. Einsatzorte, die bislang keine Mitarbeitenden mit einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation von 300 Stunden vorhalten, darunter insbesondere kleinere Einrichtungen der Altenpflege, haben sich daher seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 vielfach auf die Ausbildung von Pflegehilfskräften konzentriert. Wird nun auch in der Pflegefachassistentenausbildung eine berufspädagogische Zusatzqualifikation verpflichtende Voraussetzung für die Anleitung im Rahmen der Pflichteinsätze, erhöht dies den ohnehin angespannten Bedarf an qualifizierten Praxisanleitungen nochmals deutlich. Ohne flankierende Maßnahmen zur Qualifizierung und Sicherung ausreichender Anleitungskapazitäten drohen erhebliche Engpässe, die die erfolgreiche Umsetzung der Ausbildung gefährden.

- Übergangsfrist zur Ausübung der Praxisanleitung

Die Krankenhäuser begrüßen, dass gemäß § 6 Abs. 3 Pflegefachpersonen bis zum 31. Dezember 2029 auch ohne berufspädagogische Zusatzqualifikation die Praxisanleitung durchführen können. Der Verordnungsentwurf sieht für Personen, die vor dem 31. Dezember 2029 eine Qualifikation zur Praxisanleitung erworben, aber noch nicht abgeschlossen haben, einen Übergangszeitraum mit Frist bis 31. Dezember 2031 vor. Diese Fristverlängerung hatten die Krankenhäuser in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf gefordert und begrüßen die Anpassung daher ausdrücklich.

- Ermöglichung von „Tandem-Anleitungen“

Die Krankenhäuser begrüßen in § 6 Abs. 4 des Verordnungsentwurfs, dass die Praxisanleitung in Höhe von bis zu 50 % auch durch Personen erfolgen kann, die über mindestens ein Jahr Berufserfahrung als Inhaberin oder Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 oder nach § 1 in Verbindung mit § 50 des PflfAssG in den letzten fünf Jahren und über die Befähigung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter nach Absatz 2 zu Beginn der Praxisanleitung verfügen.

- Bestandsschutz für Praxisanleitende

Der Verordnungsentwurf versucht die Herausforderung des Mangels an Praxisanleitenden mit dem oben genannten Übergangszeitraum von drei Jahren und einer Anleitungsmöglichkeit von bis zu 50 % durch Pflegehilfskräfte mit einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation zu begegnen. Dies ist jedoch nicht ausreichend. Zusätzlich ist ein Bestandsschutz für Personen erforderlich, die als berufserfahrene Personen ohne Absolvierung einer 300h-Praxisanleitungsqualifikation bisher die Praxisanleitung in einer landesrechtlich geregelten Pflegeassistenten- oder Helferausbildung übernehmen. Ein solcher Bestandsschutz muss vorhanden sein, um den Bedarf an Praxisanleitenden erfüllen zu können.

- Ermöglichung eines E-Learning Angebots in angemessenem Umfang

Die Qualifikation zur Praxisanleitung wird berufsbegleitend erworben. Das heißt, dass die betreffenden Personen die Qualifikation neben ihrer normalen Berufstätigkeit absolvieren bzw. vom Arbeitgeber hierfür zeitlich freigestellt werden müssen. Dieser zusätzliche Zeit- und Ressourcenaufwand birgt die Gefahr, dass die Verfügbarkeit von zur Praxisanleitung weitergebildeten Personen weiter sinkt. Der Zeitaufwand für die Qualifikationsmaßnahme vervielfacht sich, wenn die Qualifikationsmaßnahme nicht ortsnahe stattfinden kann, sondern mit einer weiten Anreise verbunden ist oder sogar mit der Notwendigkeit, eine Unterkunft vor Ort zu nutzen. Wenn der Erwerb der Qualifikation nur mit großen Mühen möglich ist, besteht die Gefahr, dass das Interesse sinkt. Diese Problematik betrifft in besonderem Maße die großen Flächenländer.

Daher sollte ein umfangreicheres E-Learning Angebot im Sinne eines Online-Unterrichtes als sog. „digitaler Frontalunterricht“ ermöglicht werden, der über das bisherige Orientierungsmaß von 10 % hinausgehen kann. Die Weiterbildungsstätten sollten die Möglichkeit haben, ein solches digitales Unterrichtsformat für die 300h-Qualifikation im Rahmen der Weiterbildung zur Praxisanleitung in einem angemessenen Umfang (bis zu 25 %) anbieten zu können. Auf diese Weise kann der Zugang für die an der Weiterbildung interessierten Personen erleichtert werden, indem sich bspw. Wegzeiten reduzieren.

Beginn der staatlichen Prüfung – Ausweitung des Zeitfensters (§ 18 Abs. 1 Prüfungstermine für die staatliche Prüfung)

Die Krankenhäuser begrüßen die Anpassung im Verordnungsentwurf, dass der Beginn der staatlichen Prüfung nicht früher als drei Monate vor dem Ende der Ausbildung liegen soll ausdrücklich. Zur Konkretisierung dieser Anpassung wird die Vorgabe, dass der Beginn der staatlichen Prüfung nicht früher als drei Monate vor dem Ende der Ausbildung liegen „darf“, empfohlen. Dies dient der einheitlichen Einhaltung dieser Maßgabe.

Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen und Berufserfahrung – Konkretisierung der Regelung zu Prüfungszulassung und Vornoten (§ 17 Zulassung zur staatlichen Prüfung, § 25 Vornoten)

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die Regelungen in den §§ 17, 25 hinsichtlich der vorzulegenden Unterlagen und der Berechnung der Vornoten für Personen, deren Ausbildung oder Berufserfahrung angerechnet wurde, konkret formuliert sind.

Vorgaben an die Dauer der schriftlichen Prüfung mildern (§ 27 Abs. 5 Inhalt des schriftlichen Teils)

In der generalistischen Pflegeausbildung sind drei Aufsichtsarbeiten zu je 120 Minuten Pflicht. Die Krankenhäuser hatten im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zur Pflegefachassistentenausbildung ursprünglich gefordert, zwei Aufsichtsarbeiten mit einem Umfang von einmal 120 Minuten und einmal 60 Minuten zu etablieren. Die nun erfolgte Anpassung im Verordnungsentwurf auf zwei Aufsichtsarbeiten im Umfang von jeweils 120 Minuten sehen die Krankenhäuser als eine Verbesserung an.

Anlage 1 – Weiterer Konkretisierungsbedarf im Kompetenzkatalog

Die im Verordnungsentwurf erfolgte Anpassung der Überschrift der Anlage 1 „Im Rahmen des Pflegeprozesses geplante Pflegemaßnahmen“ lassen eine von den Krankenhäusern geforderte Prüfung im Hinblick auf die Vorbehaltsaufgaben und die Begriffsdefinitionen vermuten. Dies wird begrüßt.

Bezüglich der mangelnden Definition bzw. Differenzierung von nicht komplexen sowie komplexen Pflegesituationen wird auf die Ausführungen zu § 1 in der Stellungnahme verwiesen.

In der Anlage 1 I.1b wird statt des Begriffes „Pflege“ der Begriff „Selbstpflege“ verwendet. Die auf der Pflgetheorie von Orem basierende Verwendung der Begrifflichkeit „bei der Selbstpflege“ kann in Kombination mit dem Wort „unterstützen“ zu Missverständnissen führen. Es sollte eine Formulierung gewählt werden, die auch dem nicht fachlichen Leser verdeutlicht, dass eine Unterstützung bei Bedarf auch die vollständige Übernahme beinhaltet.

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge der DKG zum Verordnungsentwurf des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegefachassistenz (Pflegefachassistenz-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAssAPrV) – BR-Drs. 46/26

Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
1	§ 1	Inhalt der Ausbildung: Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Unterscheidung von komplexen und nicht komplexen Pflegesituationen	Die Unterscheidung von komplexen und nicht komplexen Pflegesituationen ist nicht klar, sodass die Konkretisierung der Aufgaben bzw. Kompetenzbeschreibungen von Pflegefachpersonen und Pflegefachassistenzpersonen weiterhin nicht eindeutig zuzuordnen sind. Dies bedarf einer Nachbesserung.	
2	§ 2	Gliederung der Ausbildung	Bereits heute sehen sich Pflegeschulen mit der Herausforderung konfrontiert, dass künftig nur noch wenige Krankenhauseinsatzstellen aufgrund der beachtlichen Nachfrage zu finden sein werden. Deshalb bedarf es dringend und dauerhaft mehr Flexibilität in der Umsetzung der Pflichteinsätze. Alternativ zu der im Änderungsvorschlag genannten Streichung der Frist fordern die Krankenhäuser vor Ablauf der Frist eine Evaluation in Hinblick auf das Fortbestehen dieser Regelung durchzuführen. Weitergehend ist eine Reduzierung des Gesamt-Stundenumfangs für die 18-monatige Ausbildung vorzunehmen.	In Anlage 3 wird das Sternchen * für „Bis zum 31.12.2032 kann einer der Einsätze nach I. oder III. um bis zu 120 Stunden reduziert werden, die dann den Stunden zur freien Verfügung zugeschlagen werden“ auch beim dritten Pflichteinsatz ergänzt. Die Frist wird gestrichen. Die Ausbildungszeit sollte auf insgesamt 2.250 Stunden abgesenkt werden. Das entspricht einer Verkürzung um 80 Stunden. Die Verteilung sollte in 1.000 Stunden theoretischer und praktischer

Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
				Unterricht sowie 1.250 Stunden praktische Ausbildung erfolgen.
3	§ 4 i. V. m. Anlage 3	Ausbildungskapazitäten durch Flexibilisierung der Praxiseinsätze sichern	Die Möglichkeit, dass der Pflichteinsatz beim Träger der praktischen Ausbildung geteilt werden kann, begrüßen die Krankenhäuser. Weitergehend wird sich immer noch für die freie zeitliche und örtliche Gestaltung der praktischen Ausbildung ausgesprochen, sodass auch kleinere verfügbare Zeitfenster der Einrichtungen genutzt werden können. Dies sollte klarstellend aufgenommen werden.	§ 4 Abs. 3 wird durch einen neuen Satz 3 ergänzt: „Die Reihenfolge der Pflichteinsätze ist frei gestaltbar, wie auch die zeitliche und örtliche Einteilung, damit auch kleinere verfügbare Zeitfenster der Einrichtung genutzt werden können.“
4	§ 6	Qualifikation zur Praxisanleitung: Konkretisierung der Regelungen zur Praxisanleitung und Verlängerung der Übergangsregelungen	Hinsichtlich des Bestandsschutzes für Praxisanleitende fehlt in der PflFAssAPrV nach wie vor ein Bestandsschutz für Personen, die als berufserfahrene Personen ohne Absolvierung einer 300h-Praxisanleitungsqualifikation bisher die Praxisanleitung in der Hilfskraftausbildung übernehmen.	Es wird daher die Ergänzung folgender Bestandsschutzregelung als Satz 3 in § 6 Abs. 2 für erforderlich erachtet: „Personen, die in dem Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2026, im Falle von § 52 Absatz 2 des Pflegefachassistenzgesetzes bis zum 31. Dezember 2027 im Rahmen einer Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 beschlossenen Eckpunkte für die in Landeszuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (BAnzAT 17.02.2016 B3) erfüllt, nachweislich rechtmäßig als praxisanleitende Personen tätig waren, müssen abweichend von Satz 1 den Nachweis einer

Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
			Um dem bereits bestehenden Mangel an weiterqualifizierten Praxisanleitern zu begegnen, ist den Krankenhäusern im Rahmen der PflFAssAPrV die Möglichkeit zu bieten, ein E-Learning Angebot im Sinne eines Online-Unterrichts in einem angemessenen Umfang bis zu 25 % anbieten zu können. Online-Unterricht ist zu verstehen als eine Videokonferenz, die eine gleichzeitige physische Präsenz in einem Raum ersetzt, ein sogenannter „digitaler Frontalunterricht“.	berufspädagogischen Zusatzqualifikation im Umfang von 300 h nicht erbringen.“ „(5) Lehrformate, die selbstgesteuertes Lernen oder E-Learning beinhalten, können als pädagogische Hilfsmittel bei der Konzeption der Qualifikationsmaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 in angemessenem Umfang bis zu 25% berücksichtigt werden. Eine vollständig digitale Durchführung ist unbeschadet der Voraussetzungen von Satz 1 nur für die kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung zulässig. Die Teilnahme an digitalen Lehrformaten ist vom Anbieter der Qualifikationsmaßnahme festzustellen. Das Nähere regeln die Länder.“
5	§ 18 Abs. 1	Prüfungstermine für die staatliche Prüfung: Beginn der staatlichen Prüfung – Ausweitung des Zeitfensters	Die Anpassung, dass der Beginn der staatlichen Prüfung nicht früher als drei Monate vor dem Ende der Ausbildung liegen soll, begrüßen die Krankenhäuser. Zur Einhaltung dieser Vorgabe sollte der § 18 Abs. 1 Satz 2 dahingehend konkretisiert werden, dass der Beginn nicht früher als drei Monate vor dem Ende der Ausbildung liegen darf. Aus dem Schulbereich liegen ernstzunehmende Problemanzeigen vor, dass dieses Zeitfenster für die Abnahme der Prüfungen zu kurz ist, zumal bei den	„Der Beginn der staatlichen Prüfung soll darf nicht früher als drei Monate vor dem Ende der Ausbildung liegen.“

Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
			meisten Schulen auch Prüfungen in der Fachkraftausbildung stattfinden.	
6	§ 27 Abs. 5	Inhalt des schriftlichen Teils: Vorgaben an die Dauer der schriftlichen Prüfung mildern	Die schriftliche Prüfung im Umfang von 2 Aufsichtsarbeiten im Umfang von jeweils 120 Minuten sehen die Krankenhäuser als eine Verbesserung zum Referentenentwurf an. Jedoch sind in der Fachkraftausbildung 3 Aufsichtsarbeiten zu je 120 Minuten Pflicht. Die Krankenhäuser halten daher nach wie vor einen Prüfungsumfang von 2 Aufsichtsarbeiten mit einmal 120 Minuten und einmal 60 Minuten für angemessen.	<i>§ 27 Abs. 5 wird ersetzt durch: „Beide Aufsichtsarbeiten dauern jeweils 120 Minuten. Die Aufsichtsarbeit nach Absatz 2 dauert 120 Minuten, die Aufsichtsarbeit nach Absatz 3 dauert 60 Minuten.“</i>
7	Anlage 1 Anlage 1 I.1b	„(...) nicht komplexen Pflegesituationen für Menschen aller Altersstufen selbstständig durchführen, in komplexen Pflegesituationen an der Durchführung mitwirken (...)“	s. § 1 Inhalt der Ausbildung: Hier bedarf es weiterer Konkretisierung, was unter komplexer und nicht komplexer Pflegesituation zu verstehen ist. Darüber hinaus wird in Anlage 1 I.1b statt des Begriffes „Pflege“ der Begriff „Selbstpflege“ verwendet. Die auf der Pflgetheorie von Orem basierende Verwendung der Begrifflichkeit „bei der Selbstpflege“ kann in Kombination mit dem Wort „unterstützen“ zu Missverständnissen führen. Es	<i>„unterstützen die zu pflegenden Menschen in nicht komplexen Pflegesituationen selbständig und prozessorientiert bei der Selbstpflege bzw. übernehmen teilweise oder vollständig entsprechend des Selbstpfledefizits (zum Beispiel körperliche Pflege).“</i>

Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
			wäre sinnvoll, eine Formulierung zu wählen, die auch dem nicht fachlichen Leser verdeutlicht, dass eine Unterstützung bei Bedarf auf die vollständige Übernahme beinhaltet.	



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail dkgmail@dkgev.de