



Die
Bundesregierung

Konzertierte Aktion Pflege

Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5



Gemeinsam
für Pflege
#KAP

Vorwort | Abschlussbericht der Konzertierten Aktion Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 4. Juni 2019 wurden die von Bund, Ländern und den relevanten Akteuren in der Pflege gemeinsam und verbindlich vereinbarten Ziele und konkreten Maßnahmen der Öffentlichkeit vorgestellt, um den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern, sie zu entlasten und die Ausbildung in der Pflege zu stärken.

Wir sind überzeugt: Die Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege können sich sehen lassen. Ob die Steigerung der Ausbildungszahlen, höhere Löhne für beruflich Pflegende, eine verbesserte und am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, mehr qualifizierte Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland, mehr Gesundheitsförderung, mehr Entlastung durch Digitalisierung und mehr Verantwortung für Pflegefachpersonen: Das umfassende Maßnahmenpaket zeigt, dass alle Beteiligten bereit sind, Verantwortung für eine bessere Pflege in Deutschland zu übernehmen.

Wir danken den Ländern, Kommunen, Pflegeberufsverbänden, Pflegekammern, Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kirchen, den Pflege- und Krankenkassen, den Betroffenenverbänden, der Berufsgenossenschaft, der Bundesagentur für Arbeit sowie den Sozialpartnern für ihr Engagement und die konstruktive Zusammenarbeit. Gemeinsam geht es nun darum, die Vereinbarungen zügig umzusetzen, damit sie schnell ihre Wirkung entfalten können.

Berlin, im Juni 2019



Jens Spahn
Bundesminister
für Gesundheit



Dr. Franziska Giffey
Bundesministerin
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



Hubertus Heil
Bundesminister
für Arbeit und Soziales



Gemeinsam
für Pflege
#KAP

Inhalt

Mitglieder des Dachgremiums	6
Arbeitsgruppe 1: Ausbildungsinitiative Pflege (2019 - 2023)	9
Arbeitsgruppe 2: Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung	37
Arbeitsgruppe 3: Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung	87
Arbeitsgruppe 4: Pflegekräfte aus dem Ausland	129
Arbeitsgruppe 5: Entlohnungsbedingungen in der Pflege	153

Konzertierte Aktion Pflege

Mitglieder des Dachgremiums

Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder
Gesundheitsministerkonferenz der Länder
Kultusministerkonferenz

AAA – Arbeitskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege
AOK-Bundesverband
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
Arbeitgeberverband AWO Deutschland e.V.
Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP)
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.)
BKK Dachverband e.V.
bpa-Arbeitgeberverband
Bundesagentur für Arbeit
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)
Bundestarifgemeinschaft des Deutschen Roten Kreuzes e.V.
Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V.
Bundesverband Pflegemanagement e.V.
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands (CGB)
Deutsche Bischofskonferenz (DBK)
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA)
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.
Deutscher Caritasverband e.V.
Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
Deutscher Pflegerat e.V.
Deutscher Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V. (DVLAB)
Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Dienstgeberseite der Arbeitsrechtlichen Kommission der Diakonie Deutschland
Dienstgeberseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes

Dienstnehmerseite der Arbeitsrechtlichen Kommission der Diakonie Deutschland
GKV-Spitzenverband
IKK e.V.
Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes
Paritätische Tarifgemeinschaft e. V .
Paritätischer Arbeitgeberverband PATT e.V.
Pflegekammern
Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)
Verband Deutscher Privatschulverbände e.V. (VDP)
Verbände der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen nach § 118 SGB XI
Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA)
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST)



Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023)

Vereinbarungstext

Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege

Arbeitsgruppe 1

Inhalt

Einleitung	13
Handlungsfeld I: Die Reform der Pflegeberufe erfolgreich umsetzen	15
1.1 Ausbildungs- und Schulplätze bereitstellen	15
1.2 Gemeinsam in Lernortkooperationen und Ausbildungsverbänden ausbilden	18
1.3 Pflegeschulen bei der Umstellung auf die neuen Ausbildungen unterstützen	20
1.4 Pflegefachpersonen hochschulisch ausbilden	20
1.5 In der Ausbildungsinitiative zusammenarbeiten	23
Handlungsfeld II: Für eine Ausbildung in der Pflege werben	24
2.1 Mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege gewinnen	26
2.2 Die Öffentlichkeit über die neuen Pflegeausbildungen informieren	26
Handlungsfeld III: Ausbildung und Qualifizierung stärken	27
3.1 Ausbildungsqualität und Ausbildungserfolg sichern	27
3.2 Bildungskarrieren in der Pflege eröffnen	29
3.3 Umschulung fördern	31
3.4 Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickeln	32
Partner der „Ausbildungsinitiative Pflege“ (2019–2023)	33

Einleitung

Die Sicherung der personellen Grundlage für eine gute professionelle Pflege ist eine der wesentlichen gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Jahre. Bereits heute ist nach den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit für den gesamten Pflegebereich von einem bundesweiten Fachkräftemangel auszugehen: Auf 100 offene Stellen kommen in der Altenpflege 26 und in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege 60 als arbeitsuchend gemeldete Pflegefachpersonen.¹ Durch die demografische und soziale Entwicklung wird sich insbesondere in der Altenpflege der Personalbedarf weiter erhöhen.²

Mit der Konzertierte(n) Aktion Pflege will die Bundesregierung deshalb gemeinsam mit allen Akteuren der Pflege den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden unmittelbar und spürbar verbessern, die Ausbildung in der Pflege stärken und weitere, umfassende Maßnahmen zur Entlastung der Pflegefachpersonen sowie zur besseren Wertschätzung und Bezahlung umsetzen.

Ausbildung und Qualifizierung bilden mit der Arbeitsgruppe 1 einen der Schwerpunkte der Konzertierte(n) Aktion Pflege, denn gut ausgebildete Pflegefachpersonen sind für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege eine der wichtigsten Voraussetzungen. Mit dem Pflegeberufegesetz ist ein wichtiger Schritt getan, die Pflege als Beruf attraktiv und zukunftssicher aufzustellen. Die Zusammenführung von Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege zum Beruf der Pflegefachfrau bzw. des Pflegefachmanns folgt der Entwicklung der Versorgungssettings kranker und pflegebedürftiger Menschen. Daneben haben Auszubildende auch in Zukunft die Möglichkeit und das Recht, sich für einen gesonderten Berufsabschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu entscheiden, wenn sie für das letzte Ausbildungsdrittel eine entsprechende Spezialisierung wählen. Schulgeldfreiheit, angemessene Ausbildungsvergütung, Stärkung der Praxisanleitung und -begleitung sowie die Eröffnung zusätzlicher Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten machen die Pflege konkurrenzfähig auf dem enger werdenden Ausbildungsmarkt. Mit der Einführung einer primärqualifizierenden hochschulischen Ausbildung werden neue Zielgruppen für eine Ausbildung in der Pflege angesprochen und zusätzliche Qualifizierungswege eröffnet.

Das Pflegeberufegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe setzen die Qualitätsstandards für eine hochwertige Ausbildung. Deren Umsetzung und Ausgestaltung in den Pflege-schulen und an den verschiedenen Einsatzorten der praktischen Ausbildung ist wesentlich für die Motivation der Auszubildenden und den Erfolg der Ausbildung. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und -schulen stellen sich gemeinsam der Aufgabe, attraktive Ausbildungsbedingungen zu schaffen, und erfahren dabei vielfältige Unterstützung.

Die Nachhaltigkeit des Beitrags, den die Gewinnung von Auszubildenden zur Deckung des Fachkräftebedarfs in der Pflege leistet, wird durch attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege gesichert. Mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle, Kinderbetreuungsangebote, betriebliche Gesundheitsförderung, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, eine moderne Kultur der Führung und Wertschätzung sowie eine angemess-

¹ Bundesagentur für Arbeit – Statistik: Gemeldete Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse) – Oktober 2018, Tab. 4.1 – gleitende Jahresergebnisse.

² Dieser Text verwendet einheitlich den Begriff der „Pflegefachperson“ anstelle des Begriffs der „Pflegefachkraft“. Im Zusammenhang mit Ausbildungsgängen und dem Arbeitsmarkt werden die Begriffe „Fachkraftausbildung“ und „Fachkräftebedarf“ beibehalten, um die Verständlichkeit und den Anschluss an die dort eingeführten Begrifflichkeiten zu erhalten.

sene Personalausstattung und Entlohnung ermöglichen es den frisch ausgebildeten Pflegefachpersonen, viele Jahre lang in der Pflege zu arbeiten. Diese Themen werden in anderen Arbeitsgruppen der Konzentrierten Aktion Pflege aufgegriffen.

Für einen nachhaltigen Erfolg der Reform der Pflegeausbildung bedarf es vielfältiger flankierender Maßnahmen. Die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015) hat gezeigt, dass durch eine gemeinsame Anstrengung aller verantwortlichen Akteure mehr Menschen für eine Ausbildung in der Altenpflege gewonnen, die Arbeitsbedingungen verbessert und die Attraktivität des Berufsfeldes erhöht werden können. An diese Erfahrungen soll mit einer neuen „Ausbildungsoffensive Pflege“ – erweitert auf alle Bereiche der professionellen Pflege – angeknüpft werden.

Für die „Ausbildungsoffensive Pflege“ haben die Partner der Arbeitsgruppe 1 unter Vorsitz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu folgenden drei Handlungsfeldern konkrete Beiträge und Maßnahmen entwickelt, um gut ausgebildete und engagierte Pflegefachpersonen für das Berufsfeld zu gewinnen und die Ausbildung im Vergleich zu anderen Branchen konkurrenzfähig aufzustellen.³

Handlungsfeld I: Die Reform der Pflegeberufe erfolgreich umsetzen

1. Ausbildungs- und Schulplätze bereitstellen
2. Gemeinsam in Lernortkooperationen und Ausbildungsverbänden ausbilden
3. Pflegeschulen bei der Umstellung auf die neuen Ausbildungen unterstützen
4. Pflegefachpersonen hochschulisch ausbilden
5. In der Ausbildungsoffensive zusammenarbeiten

Handlungsfeld II: Für eine Ausbildung in der Pflege werben

1. Mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege gewinnen
2. Die Öffentlichkeit über die neuen Pflegeausbildungen informieren

Handlungsfeld III: Ausbildung und Qualifizierung stärken

1. Ausbildungsqualität und Ausbildungserfolg sichern
2. Bildungskarrieren in der Pflege eröffnen
3. Umschulung fördern
4. Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickeln

Die betroffenen Akteure sollen schon im Übergangszeitraum bis zum Beginn der neuen Pflegeausbildungen unterstützt und rechtzeitig auf die neuen Ausbildungen u. a. durch eine bundesweite, gemeinsame Informations- und Öffentlichkeitskampagne aller Partner der Arbeitsgruppe 1 aufmerksam gemacht werden. Deshalb sollen bereits ab Anfang des Jahres 2019 die konkreten Maßnahmen der Arbeitsgruppe nach der Bestätigung im Dachgremium im Rahmen der „Ausbildungsoffensive Pflege“ bis zum Abschluss des ersten vollständigen Ausbildungsjahrgangs Ende 2023 umgesetzt werden.

Die Partner werden alle Anstrengungen unternehmen, um die sich selbst gestellten Aufgaben zu erfüllen und damit insbesondere zu einer stabilen personellen Basis der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf beizutragen. Die Ergebnisse der „Ausbildungsoffensive Pflege“ werden durch ein begleitendes Monitoring der hierfür eingerichteten Geschäftsstelle beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben transparent gemacht und in einer gemeinsamen Abschlussbilanz aller Partner dargestellt.

³ Die Länder müssen das Budgetrecht der Landesparlamente beachten. Soweit zur Umsetzung der Beiträge der Länder zusätzliche Mittel oder Stellen erforderlich sind, stehen diese daher unter dem Vorbehalt der Bereitstellung entsprechender Mittel oder Stellen durch den jeweiligen Haushaltsgesetzgeber.

Handlungsfeld I: Die Reform der Pflegeberufe erfolgreich umsetzen

1.1 Ausbildungs- und Schulplätze bereitstellen

Die durch das Pflegeberufegesetz eingeführten neuen Pflegeausbildungen bieten Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen⁴ die Chance auf umfassend und zukunftsicher ausgebildete Fachpersonen. Wettbewerbsnachteile für ausbildende Einrichtungen gegenüber nicht ausbildenden Einrichtungen werden durch ein bundeseinheitliches, jeweils auf Länderebene organisiertes und bereichsübergreifendes Umlageverfahren beseitigt. Insbesondere Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen profitieren von den vorgesehenen qualitativen Verbesserungen der Ausbildung sowie einer umfassenden Refinanzierung der Ausbildungskosten ohne Begrenzung der Ausbildungsplätze. Dies sind gute Gründe für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen, Ausbildungs- sowie Schulplätze bereitzustellen, die mit ihrer hohen Qualität eine Ausbildung in der Pflege attraktiv machen.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- auch bisher nicht an der Ausbildung beteiligte Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur Ausbildung zu motivieren und dadurch die Zahl der ausbildenden Einrichtungen⁵ bis zum Ende der „Ausbildungsoffensive Pflege“ im Jahr 2023 im Bundesdurchschnitt um 10 % gegenüber dem Referenzjahr 2019 zu steigern,⁶
- Ausbildungs- und Schulplätze für jede geeignete Ausbildungsinteressierte und für jeden geeigneten Ausbildungsinteressierten in allen Regionen Deutschlands unter Beachtung des Wahlrechts der Auszubildenden und der Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Ausbildungsstruktur zur Verfügung zu stellen,
- die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie die weiteren an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen bei der Einführung der neuen Pflegeausbildungen zu unterstützen.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Das BMFSFJ informiert die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen umfassend auf der Website „pflegeausbildung.net“ zu den neuen Ausbildungen. BMFSFJ und BMG stimmen sich zur inhaltlichen Gestaltung der Website „pflegeausbildung.net“ untereinander ab.
2. Das Bundesinstitut für berufliche Bildung (BIBB) entwickelt unterstützende Angebote zur Organisation und Implementierung der beruflichen Pflegeausbildungen, die auch online zur Verfügung gestellt werden. Es stellt den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zeitnah Handreichungen zur Verfügung, die sie bei der Organisation und der inhaltlichen und pädagogischen Umsetzung der Ausbildungen unterstützen. Dazu gehören (in Zusammenarbeit mit den Ländern) auch Erläuterungen zu dem von der Fachkommission erarbeiteten Rahmenausbildungsplan.
3. Das Beratungsteam Pflegeausbildung des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFZA) informiert und berät in Kooperation mit Ländern und Verbänden vor Ort Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen u. a. zu Organisation und Qualitätsbedingungen der Ausbildung und fördert Kooperation und Erfahrungsaustausch auf regionaler Ebene.

⁴ Die Formulierung umfasst im Folgenden ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 1–2 SGB XI.

⁵ Ausbildende Einrichtungen sind die Träger der praktischen Ausbildung nach § 8 PflBG. Allein diese werden statistisch erfasst.

⁶ Die Verbände AAA, AGVP, bpa, DBVA, DVLAB und VDAB tragen dieses Ziel mit, haben jedoch Bedenken, dass dieses Ziel erreicht werden kann.

4. Das BIBB wertet die Erfahrungen der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der neuen beruflichen Pflegeausbildungen aus. Diese unterstützen dabei das BIBB.
5. Die Länder wirken auf die Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von Schulplätzen hin.
6. Auszubildende z. B. mit familiären Sorgeverpflichtungen haben besondere Bedarfe an zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Daher schaffen die Länder Rahmenbedingungen für Teilzeitausbildungen und prüfen Unterstützungsmöglichkeiten.
7. Die Verbände, die Gewerkschaft ver.di und die Pflegekammern bieten Fortbildungen bzw. Seminare zur Umsetzung der neuen Ausbildungen an, die sich insbesondere an Führungskräfte, Lehrende und Praxisanleiterinnen und -anleiter sowie Vertreterinnen und Vertreter von betrieblichen Interessenvertretungen wenden.
8. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen stellen genügend Ausbildungsplätze zur Verfügung. Sie berücksichtigen dabei auch das Interesse an Teilzeitausbildungen.
9. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen wirken auch trägerübergreifend bei dem Aufbau von Ausbildungsstrukturen zusammen, um eine vollständige Nutzung der Ausbildungskapazitäten zu fördern.
10. Die Träger der praktischen Ausbildung und die Tarifvertragsparteien schaffen – z. B. angemessene finanzielle – Anreize für die Übernahme einer Tätigkeit als Praxisanleitung. Diese Anreize finden Berücksichtigung im Rahmen der Verhandlungen zu den Pauschal- bzw. Individualbudgets nach dem Pflegeberufgesetz.
11. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen nutzen die Fördermöglichkeiten des zukünftigen Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf und für die betriebliche Gesundheitsförderung sowie von Investitionen in Digitalisierung auch für die Ausbildungen in der Pflege.
12. BMFSFJ und BMG schaffen zeitnah die rechtlichen Voraussetzungen dafür, dass der nach § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) bestehende Anrechnungsschlüssel für Auszubildende in Krankenhäusern sowie in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen nicht für das erste Ausbildungsjahr gilt. Dies soll im Rahmen des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) erfolgen, zu dem das BMG den entsprechenden Referentenentwurf vorgelegt hat.
13. Die Verhandlungspartner der Ausbildungsbudgets achten darauf, dass in allen Regionen Schulplätze angeboten werden, und nutzen dazu die in § 29 Absatz 3 PflBG gegebenen Möglichkeiten, auch langfristig höhere Finanzierungsbeiträge vorzusehen. Sie können bei Gefährdung der Ausbildung in der Region über die unabhängig vom Verfahren der Finanzierung der Ausbildungskosten im Wege von Individual- oder Pauschalbudgets bestehende Möglichkeit von Strukturverträgen Anpassungen wie den Ausbau, die Zusammenlegung oder die Schließung von Pflegeschulen finanziell unterstützen.
14. Die Länder stehen nach geltender Rechtslage in der Pflicht, die Investitions- und Mietkosten der Pflegeschulen zu tragen, die nicht aus dem Ausgleichsfonds refinanzierbar sind. Sie halten aber an ihrer Auffassung fest, dass der Bund in Abänderung der derzeitigen Rechtslage für eine einheitliche, alle Pflegeschulen gleichbehandelnde gesetzliche Regelung zur Refinanzierung der Investitions- und Mietkosten zu sorgen hat.⁷

⁷ Die Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes stellt die Pflegeschulen in der Anlaufphase vor große finanzielle Herausforderungen. Es wird daher seitens der Pflegeschulen erwartet, dass die fehlende Anschubfinanzierung der Pflegeschulen sichergestellt wird.

15. Die Verbände auf Bundesebene der Einrichtungs- und Kostenträger wirken darauf hin, dass die Vereinbarungspartner auf Landesebene nach § 75 SGB XI die Kosten für personelle Ressourcen der Ausbildungsorganisation in 2019 in den entsprechenden Vereinbarungen berücksichtigen.
16. Bundesregierung, Länder, Statistisches Bundesamt, Bundesagentur für Arbeit und BIBB erarbeiten gemeinsam in einer Arbeitsgruppe aus den vorliegenden Statistiken einheitliche und belastbare Aussagen zur Ausbildungssituation in der Pflege, damit die beruflichen Ausbildungen in der Pflege eine differenzierte und ihrem Stellenwert am Ausbildungsmarkt angemessene Berücksichtigung in den Veröffentlichungen zur beruflichen Bildung finden. DIMDI bereitet dazu die zu den bisherigen Pflegeausbildungen vorliegenden statistischen Daten auf. Falls die bestehende Datenlage nicht ausreichend ist, prüfen Bundesregierung, Länder, Statistisches Bundesamt, Bundesagentur für Arbeit und BIBB die Schaffung neuer gesetzlicher Grundlagen zur Erhebung von Daten oder ggf. die Erteilung entsprechender Forschungsaufträge. Dabei werden auch die für die Pflegeschulen festgelegten Standards vor dem Hintergrund der Mindestanforderungen nach § 9 PflBG abgebildet.

1.2 Gemeinsam in Lernortkooperationen und Ausbildungsverbänden ausbilden

Ausbildung in der Pflege findet auf der Grundlage von Kooperationsverträgen an verschiedenen Lernorten statt: in Krankenhäusern, in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und an Pflegeschulen sowie in weiteren zur Vermittlung von Ausbildungsinhalten geeigneten Einrichtungen. Deren organisatorische, inhaltliche und pädagogische Zusammenarbeit ist entscheidend für das Gelingen und die Qualität der Ausbildung.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- die vielfältigen Potenziale der verschiedenen Lernorte für eine attraktive und hochwertige Ausbildung zu nutzen,
- den Auszubildenden eine Ausbildung zu bieten, die an allen Lernorten den gleichen, fachlich anerkannten Grundsätzen folgt,
- zwischen den Lernorten eng und vertrauensvoll zusammenzuarbeiten und mit der Gründung von Ausbildungsverbänden diese Zusammenarbeit auf eine dauerhafte und stabile Basis zu stellen.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Die Länder nutzen die Möglichkeit landesrechtlicher Regelungen zu den Kooperationsverträgen gemäß § 8 Absatz 1 Satz 2 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung, um eine wirkungsvolle und flexible Zusammenarbeit des Trägers der praktischen Ausbildung, der Pflegeschule und der weiteren Einsatzorte in der Ausbildung zu unterstützen und die Gründung von Ausbildungsverbänden zu fördern.
2. Die Länder berücksichtigen dabei die Notwendigkeit zur Absicherung einer nach § 6 Absatz 3 Satz 3 und 4 PflBG angemessenen Praxisanleitung bzw. -begleitung sowie einer Freistellung der Auszubildenden für den theoretischen Unterricht.
3. Das BIBB führt zeitnah einen Fachworkshop mit Expertinnen und Experten aus den Reihen der Partner⁸ durch, in dem Empfehlungen für Kooperationsverträge erarbeitet werden. Ein Beginn der Arbeiten noch im Jahr 2018 wird angestrebt. Das BIBB erstellt Handreichungen – darunter ggf. auch Muster für Kooperationsverträge – für die Organisation und Gestaltung von Lernortkooperationen und Ausbildungsverbänden.
4. Das Beratungsteam Pflegeausbildung des BAFzA berät vor Ort und moderiert bei Bedarf Lernortkooperationen und Ausbildungsverbände in ihrer Gründungsphase. Ergänzend wird auf „pflegeausbildung.net“ des BMFSFJ zu allen Fragen der Lernortkooperationen informiert.
5. Die Länder schaffen zeitnah – ggf. gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden – einen Rahmen zur Förderung der Zusammenarbeit der verschiedenen Lernorte auf regionaler Ebene und der Suche der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser nach geeigneten Kooperationspartnern für alle Einsatzorte der Pflegeausbildungen. Das Beratungsteam Pflegeausbildung des BAFzA und das BIBB begleiten und unterstützen die Länder in ihrer Arbeit.
6. Krankenhäuser, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen stellen sich als Lernorte für Auszubildende anderer Träger der praktischen Ausbildung zur Verfügung.
7. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen schließen sich in Ausbildungsverbänden zur dauerhaften Lernortkooperation zusammen.

⁸ Das BIBB fragt dazu das Interesse der Partner ab.

8. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen entwickeln in Lernortkooperationen gemeinsame Grundsätze der Kooperation und der Ausbildung und folgen diesen in der täglichen Ausbildungsarbeit.

1.3 Pflegeschulen bei der Umstellung auf die neuen Ausbildungen unterstützen

Die Umstellung auf die neuen Pflegeausbildungen und die – insbesondere auch technischen – Weiterentwicklungen des Arbeitsfelds Pflege stellen die Pflegeschulen vor besondere Aufgaben. Mit dem Pflegeberufegesetz wird die Finanzierung der Pflegeschulen auf eine neue Grundlage gestellt. Daran anknüpfend sind weitere Anstrengungen erforderlich, um auch aufseiten der Pflegeschulen den Übergang zu den neuen Ausbildungen zu sichern.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- in den Pflegeschulen einen reibungslosen und attraktiven Start in die neuen Pflegeausbildungen anzubieten,
- die Pflegeschulen zu befähigen, die digitalen Weiterentwicklungen im Arbeitsfeld Pflege im Unterricht adäquat abbilden zu können.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Die Bundesregierung bezieht die Pflegeschulen in den „Digitalpakt Schule“ ein, um sie „fit“ für die Pflegeausbildungen und die neuen Herausforderungen der Digitalisierung zu machen. Dadurch kann auch der finanzielle Mehraufwand bei der Umstellung auf die neuen Pflegeausbildungen verringert werden.
2. Die Länder informieren die Pflegeschulen über die landesspezifischen Regelungen der neuen Pflegeausbildungen und unterstützen sie bei deren Umsetzung. Sie wirken darauf hin, dass jede Pflegeschule entsprechend den Vorgaben des PflBG ausreichend qualifiziertes Lehrpersonal vorhält.
3. Die Verhandlungspartner der Ausbildungsbudgets nach dem PflBG setzen sich dafür ein, dass die Finanzierung der Pflegeschulen auch bei Ausbildungsabbrüchen oder Ausübung des Wahlrechts gesichert ist.
4. Die Länder wirken auf die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Anzahl von Studienplätzen der Pflegepädagogik hin.
5. Die Länder prüfen gemäß § 66 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 PflBG die Überleitung einer vor dem 1. Januar 2020 nach den bisherigen Vorschriften des Kranken- bzw. Altenpflegegesetzes begonnenen Ausbildung in die neuen Pflegeausbildungen.
6. Die Lehrerinnen und Lehrer der Pflegeschulen nutzen Fortbildungsangebote zum pädagogisch sinnvollen Einsatz digitaler Unterrichtsmittel. Bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets berücksichtigen die Verhandlungspartner die Möglichkeit, dass entsprechende Reisekosten und Gebühren für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen als Kosten der Pflegeschulen finanziert werden können.
7. Das BIBB unterstützt Pflegeschulen bei der Neugestaltung der schulinternen Curricula. Es erstellt – in Zusammenarbeit mit den Ländern – Informationsmaterialien zu dem durch die Fachkommission entwickelten Rahmenlehrplan.
8. Das BMFSFJ und das BMG halten es für eine Aufgabe der Fachkommission, bei der Erstellung der Rahmenlehr- und -ausbildungspläne digitale Kompetenzen entsprechend ihrer Bedeutung als Querschnittsthema zu berücksichtigen.
9. Das Beratungsteam Pflegeausbildung des BAFzA informiert und berät Pflegeschulen vor Ort bei der Umstellung auf die neuen Pflegeausbildungen.
10. Die Einführung einer übergreifenden Austauschplattform zur curricularen Umsetzung durch das BIBB wird geprüft.

11. Die BGW liefert der Fachkommission fachlich aufbereitete Informationen zu Sicherheit und Gesundheit zur Berücksichtigung dieser Themen im Rahmenlehrplan und steht zur Beratung zur Verfügung.
12. Die BGW stellt den Ausbildungsstätten Informationsmaterial und neue digitale Lerntools zur Verfügung, um handlungsorientiert Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung als ganzheitlichen Ansatz in den Unterricht und die Anleitung zu integrieren, und bietet entsprechende Fortbildungen für Lehrende und Praxisanleitende an.
13. Die Kultusministerkonferenz prüft, ob bei den Ländern Interesse dahingehend besteht, sich auf Eckpunkte für die Qualifikation der Lehrkräfte an Pflegeschulen zu verständigen.

1.4 Pflegefachpersonen hochschulisch ausbilden

Mit der Einführung eines primärqualifizierenden Pflegestudiums werden neue Zielgruppen für eine Ausbildung in der Pflege angesprochen. Hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen stärken die Qualität in der Pflege durch erweiterte, in der wissenschaftlichen Ausbildung vermittelte Kompetenzen.

Als Orientierungspunkt für das langfristig anzustrebende Maß an hochschulisch ausgebildeten Pflegekräften können die vom Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen vom 13. Juli 2012 genannten Zahlen dienen. Mit der Ausbildungsinitiative wird ein erster Schritt hierzu unternommen.

Die Partner der Ausbildungsinitiative setzen sich zum Ziel,

- bis zum Ende der Ausbildungsinitiative 2023 die Anzahl der Studienplätze für eine hochschulische Pflegeausbildung bundesweit deutlich zu erhöhen,
- genügend Plätze für die Praxiseinsätze der Studierenden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorzuhalten und den Studierenden attraktive Bedingungen zu bieten,
- die erweiterten Kompetenzen der hochschulisch ausgebildeten Fachpersonen in der Pflege zu nutzen.

Beiträge der Partner der Ausbildungsinitiative:

1. Die Länder wirken auf die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Anzahl von Studienplätzen für die hochschulische Pflegeausbildung nach dem PflBG hin.
2. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen stellen Plätze für die Praxiseinsätze der Studierenden bereit und prüfen die Möglichkeit, den Studierenden ein angemessenes Entgelt während der Praxiseinsätze zu zahlen.
3. Hochschulen, Verbände und BIBB entwickeln gemeinsam und unter Einbeziehung auch der Erfahrungen aus bisherigen Modellstudiengängen ein Konzept zur Lernortkooperation zwischen Hochschule, Krankenhaus sowie Pflegeeinrichtung und erstellen Handreichungen für die Praxisanleitung der hochschulischen Auszubildenden.
4. Die Sozialpartner, einschließlich der kirchlichen Arbeitsrechtskommissionen, erarbeiten gemeinsam – unter Einbeziehung von Hochschulen, Kostenträgern, Pflegefachverbänden und den Einrichtungsträgerverbänden des Krankenhauswesens und der Altenhilfe, der DKG, der Berufsverbände und der Pflegekammern – Tätigkeitsprofile für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen.
5. Die Verbände unterstützen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung solcher Arbeitsplätze.
6. Das BMFSFJ und das BMG gehen auf das Statistische Bundesamt und den Ausschuss für Hochschulstatistik zu, damit im Rahmen der Überarbeitung des Fächerschlüssels in der Hochschulstatistik ein spezifischer Fächerschlüssel für die hochschulische Pflegeausbildung nach dem PflBG aufgenommen wird. Sie prüfen dabei die Übernahme des Vorschlags der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft zur Kategorisierung der hochschulischen Bildung. Das BIBB untersucht auf dieser Grundlage Inanspruchnahme und Umsetzung der hochschulischen Ausbildung sowie Abbruch- und Absolventenzahlen und den Berufseinstieg hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. Das BIBB wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben die Vergabe entsprechender Aufträge an geeignete Forschungseinrichtungen prüfen.

1.5 In der Ausbildungsoffensive zusammenarbeiten

Zur Bewältigung des hohen und wachsenden Fachkräftebedarfs und der Einführung der neuen beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen braucht es eine gemeinsame Anstrengung aller Akteure in diesem Berufsfeld. In dieser Ausbildungsoffensive geben sie dieser Anstrengung einen verpflichtenden Charakter und ihrer Zusammenarbeit eine feste Struktur.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- in der „Ausbildungsoffensive Pflege“ aktiv zusammenzuarbeiten und sich gegenseitig zu unterstützen,
- den Stand der Umsetzung der vereinbarten Beiträge kontinuierlich zu erfassen,
- den Prozess der Zielerreichung selbstkritisch zu begleiten und ggf. nachzusteuern.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Zur Begleitung der Ausbildungsoffensive und der Einführung der neuen beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen werden die Partner eng zusammenarbeiten. Das BMFSFJ und das BMG fördern im Rahmen der Ausbildungsoffensive einen regelmäßigen Austausch aller Partner auf Bundesebene, um den Prozess der Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und der vereinbarten Beiträge zu begleiten und kontinuierlich zielgerichtete Maßnahmen der gegenseitigen Unterstützung zu vereinbaren. Das BMFSFJ und das BMG organisieren dazu u. a. eine monatliche Telefonkonferenz aller Partner ab September 2019.
2. Das BMFSFJ veranstaltet unter Abstimmung mit dem BMG im Rahmen der Ausbildungsoffensive Fachworkshops zu spezifischen Themen, in denen Praxis und Wissenschaft innovative Lösungen erkannter Probleme mit Unterstützung des BIBB entwickeln und den Partnern zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen zur Verfügung stellen.
3. Das BMFSFJ und das BMG sichern den Informationsfluss zwischen dem Bund-Länder-Austauschgremium zur Begleitung und Umsetzung der Pflegeberufereform (BLAG Pflegeberufereform) und den Partnern der Ausbildungsoffensive.
4. Das BIBB und das BAFzA stimmen sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben eng untereinander ab.
5. Das BIBB nutzt bei der Entwicklung von Handreichungen etc. die Kompetenz der Verbände und der Gewerkschaft ver.di.
6. Das BMFSFJ richtet beim BAFzA eine Geschäftsstelle zur Begleitung der Ausbildungsoffensive ein.
7. Die Partner der Ausbildungsoffensive melden regelmäßig die Umsetzung der vereinbarten Beiträge an die Geschäftsstelle.
8. Die Geschäftsstelle erarbeitet jeweils zum Ende des ersten und zweiten Drittels der Laufzeit der „Ausbildungsoffensive Pflege“ themenzentrierte Berichte zum Stand der Umsetzung der vereinbarten Beiträge, die Teil der Öffentlichkeitsarbeit zur Ausbildungsoffensive sind.
9. Die Partner der Ausbildungsoffensive nutzen die Berichte, um ihre Beiträge im Hinblick auf die vereinbarten Ziele zu überprüfen und ggf. zu ergänzen oder fortzuschreiben.
10. Die Partner ziehen gemeinsam eine Abschlussbilanz der Ausbildungsoffensive und stellen diese am Ende der Laufzeit der Ausbildungsoffensive der Öffentlichkeit vor.

Handlungsfeld II: Für eine Ausbildung in der Pflege werben

2.1 Mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege gewinnen

Der wachsende Bedarf an Fachpersonen in der Pflege kann nur gedeckt werden, wenn zahlreiche Menschen aller Altersgruppen für eine Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz gewonnen und in der Ausbildung gehalten werden können. Mit rund 139.000 Auszubildenden in dem Schuljahr 2016/2017 hat die Ausbildung in den Pflegeberufen einen neuen Höchststand erreicht. Da gerade auch die Zahl junger Menschen, die dem Ausbildungsmarkt zur Verfügung stehen, zurückgeht, bedarf es besonderer Anstrengungen aller Beteiligten, um den erforderlichen Berufsnachwuchs zu gewinnen.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- die Zahl der Auszubildenden bis zum Ende der „Ausbildungsoffensive Pflege“ im Jahr 2023 im Bundesdurchschnitt um mindestens 10 % gegenüber dem Referenzjahr 2019 zu steigern,⁹
- Jugendlichen in der Berufsorientierungsphase und lebenserfahrenen Menschen ein positives Bild der Pflege zu vermitteln und umfassend über die Chancen einer Ausbildung in der Pflege zu informieren,
- verstärkt auch mehr männliche Jugendliche und mehr Menschen mit Migrationshintergrund für eine Ausbildung in der Pflege zu gewinnen.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Das BMFSFJ entwickelt „pflegeausbildung.net“ zum Informationsportal für alle an den neuen Pflegeausbildungen Interessierten. Zur inhaltlichen Gestaltung stimmen sich BMFSFJ und BMG untereinander ab.
2. Um eine bundesweite Beratung für den gesamten Bereich der Pflege vor Ort sicherzustellen, stockt das BMFSFJ das Beratungsteam Pflegeausbildung des BAFzA mit weiteren Beraterinnen und Beratern auf.
3. Das Beratungsteam Pflegeausbildung des BAFzA informiert und berät Jugendliche – auch in Kooperation mit den Agenturen für Arbeit, den Ländern und Verbänden – u. a. auf Berufsorientierungsmessen und an allgemeinbildenden Schulen zu den neuen Pflegeausbildungen und nutzt dabei auch fremdsprachiges Informationsmaterial. Es berät Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur systematischen Akquise von Auszubildenden.
4. Das BAFzA geht auf die Träger der Jugendfreiwilligendienste zu, damit diese verstärkt für die Freiwilligendienste in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern werben. Die Verbände unterstützen die Träger durch die Bereitstellung von Konzepten für die Durchführung des Freiwilligendienstes.
5. Die Bundesagentur für Arbeit informiert über die gesamte Breite des neuen Ausbildungs- und Berufsfelds sowie dessen vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten bei ihrer Berufsorientierung in den Schulen, in ihren Beratungen, Medien und Online-Angeboten und spricht im Rahmen einer klischeefreien (www.klischee-frei.de) Berufsorientierung sowohl junge Männer als auch junge Frauen an.

⁹ Die Verbände AAA, AGVP, bpa, DBVA, DVLAB und VDAB tragen dieses Ziel mit, haben jedoch Bedenken, dass dieses Ziel erreicht werden kann.

6. Die Länder unterstützen die Träger der praktischen Ausbildung und ihre Verbände, in den allgemeinbildenden Schulen die Pflegeberufe vorstellen zu können.
7. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen stellen attraktive Plätze für Praktika bereit und bieten Stellen für Freiwilligendienste an. Sie gehen vermehrt auf allgemeinbildende Schulen zu, um über Praktika und Ausbildungsmöglichkeiten zu informieren. Sie nutzen dabei auch Peer-Learning-Konzepte (Lernende als Botschafter für die Pflege).
8. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen nutzen den Boys' Day, um Jungen den Pflegeberuf als mögliche Berufswahl nahezubringen.
9. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bieten geeigneten Auszubildenden frühzeitig attraktive Angebote zur Übernahme nach der Ausbildung an, um das Interesse zu signalisieren, sie im Betrieb halten zu wollen.
10. Die Pflegeschulen und Träger der praktischen Ausbildung können Auslandsaufenthalte ihrer Auszubildenden – auch unter Nutzung von Austauschprogrammen wie Erasmus+ – ermöglichen. Die Hochschulen berücksichtigen diese Möglichkeit im Rahmen ihrer Studien- und Prüfungsordnungen.
11. Das BMFSFJ lobt gemeinsam mit den Partnern einen Preis/Wettbewerb aus für die besten Abschlüsse einer Ausbildung nach PflBG.
12. Die BGW lobt einen Preis für Auszubildende für gute Ideen zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit aus.
13. Verbände und die Gewerkschaft ver.di erstellen auf ihren jeweiligen Aufgabenbereich zugeschnittene Informationsmaterialien zu den neuen Pflegeausbildungen.
14. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Pflegeschulen, Kommunen, Agenturen für Arbeit und Jobcenter sowie berufsständische Vertretungen bilden Netzwerke, um das lokale bzw. regionale Ausbildungsmarktpotenzial für die Pflege zu erschließen.
15. Das Beratungsteam Pflegeausbildung des BAFzA unterstützt diese Netzwerke in der Gründungsphase durch fachliche Begleitung und Beratung vor Ort unter Abstimmung mit dem BIBB.

2.2 Die Öffentlichkeit über die neuen Pflegeausbildungen informieren

Das Pflegeberufegesetz erhöht durch die Stärkung der Praxisanleitung sowie der Qualität der theoretischen Ausbildung, die Sicherung einer angemessenen Ausbildungsvergütung und die Schulgeldfreiheit die Attraktivität der Ausbildung und eröffnet auch über die hochschulische Ausbildung neue Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung. Durch eine umfassende Information der Öffentlichkeit über das Berufsbild Pflege und die damit einhergehende Wertschätzung der Leistungen der Pflegefachpersonen können mehr junge sowie lebenserfahrene Menschen für diesen Beruf gewonnen werden. Dabei wird die ganze Vielfalt des neuen Ausbildungs- und Berufsfeldes dargestellt.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- die Öffentlichkeit über die neuen Pflegeausbildungen zu informieren,
- dabei dem Selbstbewusstsein und der hohen Fachlichkeit der Pflegeprofession Ausdruck zu geben,
- die Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten aufzuzeigen und
- die Attraktivität des Berufsfelds Pflege darzustellen.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Die Partner beteiligen sich an einer bundesweiten Informations- und Öffentlichkeitskampagne zu den neuen Pflegeausbildungen, die in 2019 starten soll. Sie leisten ihre individuellen Beiträge zur Umsetzung der Kampagne und nutzen dabei auch deren Wort-Bild-Marke und zentrale Aussagen, die die neuen Pflegeausbildungen einprägsam kennzeichnen. Das BMFSFJ finanziert die Kampagne.
2. Das Informationsportal „pflegeausbildung.net“ des BMFSFJ wird in die Informations- und Öffentlichkeitskampagne eingebunden.
3. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen nutzen die Materialien, die ihnen im Zuge der Informations- und Öffentlichkeitskampagne zur Verfügung gestellt werden, zur Gestaltung ihrer eigenen Anstrengungen, Auszubildende für die Pflege zu gewinnen.
4. BMBF, BMFSFJ und BMG prüfen die Realisierbarkeit einer jährlichen Aufbereitung durch das BIBB der am häufigsten gewählten Ausbildungsberufe in der beruflichen Bildung, unabhängig von der rechtlichen Verankerung der Berufe und der jeweiligen statistischen Erfassung (BBiG/HwO-Berufe, Pflegeberufe, sonstige SAGE-Berufe etc.). (Bei nicht ausreichender Datenlage s. 1.1, Nr. 16.)

Handlungsfeld III: Ausbildung und Qualifizierung stärken

3.1 Ausbildungsqualität und Ausbildungserfolg sichern

Jedem, der sich für eine Ausbildung in der Pflege interessiert und die Zugangsvoraussetzungen erfüllt, soll ein Ausbildungsplatz angeboten werden. Dies gilt auch für Jugendliche mit Ausbildungshemmnissen bei entsprechender Eignung. Durch verschiedene Angebote zur Unterstützung dieser Auszubildenden und der ausbildenden Einrichtungen können auch sie zu einem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung geführt werden. Durch die Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen kann die Zahl der Absolventinnen und Absolventen deutlich gesteigert werden. Alle laufenden und künftigen Maßnahmen müssen sich daran messen lassen, ob sie geeignet sind, die Qualität und Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern. Die im Pflegeberufegesetz und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verankerten Qualitätsstandards sind wesentlich, um attraktive Ausbildungsbedingungen zu schaffen.

Die Partner der Ausbildungsinitiative setzen sich zum Ziel,

- auch Jugendlichen mit Ausbildungshemmnissen bei entsprechender Eignung den Weg zu einer Ausbildung in der Pflege zu eröffnen,
- drohenden Ausbildungsabbrüchen rechtzeitig mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen,
- erbrachte Ausbildungsleistungen bei Ausbildungsabbrüchen für andere Ausbildungen im Pflegebereich zu berücksichtigen,
- qualitativ hochwertige und attraktive Ausbildungsbedingungen anzubieten.

Beiträge der Partner der Ausbildungsinitiative:

1. Agenturen für Arbeit und Jobcenter nutzen die Möglichkeit, geeignete Jugendliche auf eine Berufsausbildung in den neuen Pflegeausbildungen vorzubereiten, beispielsweise durch die Assistierte Ausbildung (§ 130 Absatz 1 Satz 2 SGB III) oder durch die Einstiegsqualifizierung (§ 54a SGB III). Mit dem Pflegeberufereformgesetz sind die Ausbildungsberufe, auf die mit einer Einstiegsqualifizierung nach § 54a Absatz 2 Nr. 2 SGB III vorbereitet werden kann, auf die künftigen, neuen Pflegeausbildungen nach Teil 2 des Pflegeberufegesetzes erweitert worden. Ergänzend hierzu fördern die Agenturen für Arbeit berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (§ 51 SGB III) im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen.
2. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen geben auch Jugendlichen mit Ausbildungshemmnissen bei entsprechender Eignung die Chance einer Ausbildung in der Pflege und nutzen dabei die Fördermaßnahmen der Agenturen für Arbeit und Jobcenter.
3. Agenturen für Arbeit und Jobcenter unterstützen mit ausbildungsbegleitenden Hilfen (§ 75 SGB III) und der Assistierten Ausbildung (§ 130 SGB III) die Durchführung und den erfolgreichen Abschluss einer Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz. Sie informieren und beraten Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen über entsprechende Möglichkeiten.
4. Die Pflegeschulen stellen bei Bedarf zusätzliche Angebote zur Unterstützung bei drohenden Ausbildungsabbrüchen bereit. Diese Angebote sind bei den Verhandlungen der Ausbildungskosten gemäß Pflegeberufegesetz zu berücksichtigen.
5. Die Länder prüfen, den Schülerinnen und Schülern der Pflegeschulen den Zugang zu den schulpsychologischen Diensten der Kommunen zu eröffnen.

6. Das BMBF fördert im Rahmen der Initiative Bildungsketten das Projekt VerA zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen durch ehrenamtlich tätige, berufserfahrene Seniorinnen und Senioren, die Jugendliche während ihrer Ausbildung begleiten.
7. Die Verbände informieren regelmäßig Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen und deren Auszubildende über die bestehenden Möglichkeiten, bei einer Gefährdung des Ausbildungserfolges rechtzeitig gegenzusteuern.
8. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen tragen dafür Sorge, dass Auszubildende attraktive Ausbildungsbedingungen vorfinden, um Ausbildungsabbrüchen vorzubeugen und den Ausbildungserfolg zu sichern.
9. Die BGW unterstützt durch Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund den Ausbildungserfolg und engagiert sich bei Diversity-Maßnahmen in Schulen und bei Ausbildungsträgern.
10. In einem Fachworkshop erarbeiten Expertinnen und Experten aus den Reihen der Partner¹⁰ Empfehlungen zur Umsetzung der geplanten und strukturierten Praxisanleitung in die betriebliche Praxis und zur Bedeutung der situativen Praxisanleitung. Auf der Grundlage der Ergebnisse erstellt das BIBB in Abstimmung mit den beteiligten Partnern eine Handreichung.
11. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sensibilisieren ihre Praxisanleiterinnen und -anleiter für die Anzeichen drohender Ausbildungsabbrüche. Sie gehen in der Ausbildung auf die besonderen Bedürfnisse dieser Jugendlichen ein und motivieren sie, die von den Agenturen für Arbeit und Jobcentern geförderten Maßnahmen zur Sicherung der Ausbildung in Anspruch zu nehmen.
12. Pflegeschulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sollen im Rahmen der Lernortkooperation anlassbezogen Fallbesprechungen sowie daraus resultierende Maßnahmen zur Vermeidung drohender Ausbildungsabbrüche durchführen.
13. Die Länder prüfen die Aufnahme des Themas „Sicherung des Ausbildungserfolgs“ in die Weiterbildung der Praxisanleiterinnen und -anleiter.
14. Die Länder prüfen die Einrichtung einer Ombudsstelle zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Auszubildenden und Trägern der praktischen Ausbildung. Sie informieren regelmäßig alle Auszubildenden über Existenz und Arbeitsweise dieser Ombudsstelle.
15. Die Länder prüfen, wie im Laufe einer nicht erfolgreich abgeschlossenen Fachkraftausbildung erbrachte Ausbildungsleistungen im Rahmen der landesrechtlichen Pflegehelfer- und Pflegeassistentenausbildungen berücksichtigt werden können.
16. Die Partner begrüßen die Bemühungen einiger Länder, Verbesserungen beim Verhältnis der hauptberuflichen Lehrkräfte von aktuell einer Vollzeitstelle auf 20 Ausbildungsplätze zu erreichen unter der Berücksichtigung, dass den Schulen auch die erforderlichen Lehrkräfte zur Verfügung stehen.
17. Das BIBB entwickelt Handreichungen zur Begleitung von Auszubildenden mit dem Ziel der Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen. Das Beratungsteam Pflegeausbildung verbreitet die Handreichungen im Rahmen seiner Beratungs- und Informationstätigkeit vor Ort.
18. Das BIBB beobachtet den Erfolg verschiedener Maßnahmen zur Sicherung des Ausbildungserfolges bei unterstützungsbedürftigen Jugendlichen und schlägt ggf. Anpassungen dieser Maßnahmen vor.
19. Bundesregierung, Länder, Statistisches Bundesamt, Bundesagentur für Arbeit und BIBB prüfen die statistische Erfassung der Ausbildungsabbrüche in der beruflichen Ausbildung im Rahmen der Arbeitsgruppe nach Handlungsfeld 1.1, Nr. 16.

¹⁰ Das BIBB fragt dazu das Interesse der Partner ab.

3.2 **Bildungskarrieren in der Pflege eröffnen**

Mit Helfer- und Assistenzausbildungen, beruflichen und hochschulischen Fachkraftausbildungen, beruflichen und hochschulischer Fort- und Weiterbildung und weiterführenden Studiengängen bietet die Pflege Qualifizierungen auf den verschiedenen Kompetenzniveaus. Die Möglichkeit einer Bildungskarriere innerhalb des gewählten Berufsfeldes macht den Einstieg in die Pflege attraktiv und fördert die berufliche Verweildauer.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- eventuell noch bestehende Hindernisse zwischen den einzelnen Bildungsgängen in der Pflege zu beseitigen und die Durchlässigkeit zu fördern,
- geeigneten Beschäftigten in der Pflege die Gelegenheit zu geben, sich beruflich durch Ausbildung, Weiterbildung oder Studium weiterzuqualifizieren.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter fördern neben den von ihnen vollfinanzierten dreijährigen Umschulungen im Pflegebereich (§ 131b SGB III) auch berufsbegleitende Weiterbildungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten. Die Agenturen für Arbeit nutzen die Initiative WeGebAU, um Betriebe und beschäftigte Pflegehelferinnen und -helfer bei der Qualifizierung zur Fachperson zu unterstützen. Bei regionalen Bedarfen an Pflegehelferinnen und -helfern, die nicht durch Vermittlung arbeitslos gemeldeter ausgebildeter Pflegehelferinnen und -helfer abgedeckt werden können, wird die Bundesagentur für Arbeit auch Qualifizierungen zur Pflegehelferin bzw. zum Pflegehelfer fördern. Die gesetzlichen Instrumente, die bei der Initiative WeGebAU zum Einsatz kommen, stehen über § 16 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB II auch den Jobcentern für die Förderung der Weiterbildung beschäftigter Leistungsberechtigter im aufstockenden Leistungsbezug nach dem SGB II zur Verfügung und werden von ihnen genutzt. BMAS, BMFSFJ, BMG und die Bundesagentur für Arbeit tauschen sich mit interessierten Partnern der AG 1 mit dem Ziel einer Verbesserung der Förderung der Weiterbildung im Bereich Pflege aus. Die mit dem Qualifizierungschancengesetz verbundenen Möglichkeiten eines breiteren Zugangs zur Weiterbildungsförderung mit verbesserten Förderleistungen sollen auch im Pflegebereich einen Beitrag dazu leisten, mehr Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer für eine Weiterbildung zu gewinnen und sie hierbei stärker zu unterstützen. Hierzu gehören insbesondere ein schnellerer Zugang zur Weiterbildungsförderung durch den Verzicht auf die dreijährige Vorbeschäftigungszeit bei angestrebten Weiterbildungen in Engpassberufen, die Fördermöglichkeiten für Beschäftigte auch in größeren Pflegeeinrichtungen sowie Arbeitsentgeltzuschüsse für Arbeitgeber im Pflegebereich auch bei nicht berufsabschlussbezogenen Weiterbildungen, die über 160 Stunden hinausgehen (§§ 81, 82 SGB III -neu-). Damit kann auch die Weiterbildung von Helferinnen und Helfern zu Pflegefachpersonen noch besser gefördert werden.
2. Das BMG ermöglicht es mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz im Rahmen der Förderung von 13.000 neuen Stellen in Pflegeeinrichtungen auch Pflegehilfskräften, sich unter Fortzahlung des Helfergehalts zur Pflegefachperson ausbilden zu lassen.
3. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen sagen zu, mindestens 5.000 Weiterbildungsplätze zur Nachqualifizierung von Pflegehelferinnen und -helfern zur Verfügung zu stellen. Die Bundesagentur für Arbeit sagt zu, die Teilnahme an diesen Weiterbildungen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zu fördern.

4. Die Bundesagentur für Arbeit erfasst in ihren Statistiken Zahlen für Personen, die potenziell für die Weiterqualifizierung zur Pflegefachperson in Betracht kommen. Sie kann statistisch dazu zwischen qualifizierten (Alten-)Pflegehelfern und -helferinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung und anderen Hilfskräften ohne abgeschlossene Berufsausbildung mit dem Zielberuf Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer differenzieren und schafft so Klarheit über die Zahl der arbeitslos gemeldeten qualifizierten Pflegehelfer und -helferinnen. Eine Aussage über die jeweilige individuelle Weiterbildungsfähigkeit kann daraus nicht abgeleitet werden.
5. Die Länder bieten Pflegehelferausbildungen und Assistenzbildungen an, die den „Eckpunkten für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ genügen und damit eine Verkürzung der beruflichen Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz um ein Drittel erlauben.
6. Die Länder prüfen, Pflegehelfer- und Fachkraftausbildungen so zu gestalten, dass bei erfolgreichem Abschluss der Helferausbildung der nahtlose Übergang in die Pflegefachkraftausbildung (ggf. bundesweit) möglich ist.
7. Bund und Länder prüfen, wie eine Modularisierung der Helfer-, Assistenz- und Fachkraftausbildungen in der Pflege die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Bildungsgängen auch über Ländergrenzen hinweg erhöhen und die Weiterqualifizierung erleichtern kann.
8. Die Länder prüfen, ob Kenntnisse, die in den Kursen nach § 53c SGB XI oder im Rahmen von Freiwilligendiensten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen erworben werden, auf Pflegehelferausbildungen angerechnet werden können. Das BMFSFJ prüft die Möglichkeit, entsprechende Qualifizierungselemente mit einem Freiwilligendienst zu kombinieren.
9. Die Länder ermöglichen berufserfahrenen Pflegefachpersonen einen fachgebundenen Hochschulzugang.
10. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen motivieren geeignete Mitarbeitende zur Weiterqualifizierung. Sie unterstützen sie bei einer berufsbegleitenden Fachkraftausbildung oder einem berufsbegleitenden Studium.

3.3 Umschulung fördern

In Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung – sei es die Weiterbildung vom Helfer bzw. von der Helferin zur Fachperson oder die Umschulung in die Pflege – liegt ein hohes Potenzial zur Deckung des Fachkräftebedarfs. Die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter leisten durch die berufliche Weiterbildungsförderung und die Vollfinanzierung dreijähriger Umschulungen in der Pflege einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- lebens- und berufserfahrene Menschen bei Interesse und Eignung für eine Umschulung als Fachperson für die Pflege zu gewinnen,
- das bisher im Bereich der Altenpflege bereits gezeigte Förderengagement im Hinblick auf die neuen Pflegeausbildungen fortzusetzen.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Agenturen für Arbeit und Jobcenter werden geeignete, arbeitslos gemeldete und arbeitssuchende Personen gezielt auf eine Umschulung zur Pflegefachperson ansprechen. Wenn die Umschulung erforderlich ist im Sinne von §§ 3 Absatz 1, 14 Absatz 4 SGB II, § 81 Absatz 1 SGB III und die betreffende Person hierfür bereit und geeignet ist, soll die Umschulung im Rahmen der verfügbaren Mittel gefördert werden, sofern die weiteren Fördervoraussetzungen vorliegen.
2. Länder und kommunale Spitzenverbände setzen sich dafür ein, dass die kommunalen Träger in den Trägerversammlungen nach dem SGB II auf eine entsprechende Ausrichtung bei der Mittelverwendung zur Qualifizierung im Pflegebereich hinwirken.
3. Länder, Verbände und Bundesagentur für Arbeit vereinbaren eine enge Zusammenarbeit vor Ort zur Ermittlung des regionalen Fachkräfte- und Umschulungsbedarfs in der Pflege.
4. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen bieten Ausbildungsgänge an, die auf die besondere Bedarfslage von Umschülerinnen und Umschülern mit familiärer Sorgeverantwortung Rücksicht nehmen.
5. Die Bundesagentur für Arbeit wird das BMFSFJ und das BMG jeweils zum Jahresende über die Anzahl der Eintritte in Fördermaßnahmen, deren geplante Teilnahmedauer und die Zahl der erfolgreichen Abschlüsse informieren.

3.4 Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickeln

Mit dem Pflegeberufegesetz ist ein wichtiger Schritt für die zukünftige Sicherung der personellen Grundlage der professionellen Pflege getan. Zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels ist es auf dieser Grundlage notwendig, weiter an der Entwicklung der Pflege und des Pflegeberufs zu arbeiten, um auch in Zukunft eine sichere und gute Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf leisten zu können.

Die Partner der Ausbildungsoffensive setzen sich zum Ziel,

- auf der Grundlage der im Pflegeberufegesetz einheitlich geregelten Vorbehaltsaufgaben und Kompetenzen ein gemeinsames berufliches Selbstverständnis aller professionell Pflegenden zu entwickeln, das die Leistung aller Pflegefach- und -hilfspersonen und die gesellschaftliche Bedeutung ihrer Tätigkeit widerspiegelt,
- die Qualifizierung im Pflegebereich so zu ordnen und zu gestalten, dass den Pflegepersonen ein einfacher Zugang zum Erwerb der Kompetenzen, die mit der Weiterentwicklung der Pflege erforderlich werden, ermöglicht wird.

Beiträge der Partner der Ausbildungsoffensive:

1. Die Verbände der Kranken-, Kinderkranken- und der Altenpflege, die Pflegekammern und andere Selbstorganisationen der professionell Pflegenden sowie ver.di erarbeiten ein gemeinsames berufliches Selbstverständnis der Pflege, das auch deren zukünftige Herausforderungen integriert. Dabei tauschen sie sich mit anderen Berufsgruppen über Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie der Aufgabenverteilung bei der gemeinsamen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf aus.
2. Die Länder prüfen die Entwicklung gemeinsamer Eckpunkte und zentraler Qualifizierungsanforderungen für Weiterbildungen im Pflegebereich. Das BIBB unterstützt die Länder bei diesen Überlegungen.
3. Die Fachkommission nach § 53 PflBG entwickelt standardisierte Module zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten. Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände sollen zeitnah entsprechende Modellvorhaben zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch auf diese Weise qualifizierte Pflegefachpersonen vereinbaren oder durchführen.¹¹ GKV setzt sich für die Umsetzung ein.
4. Pflegeschulen, Hochschulen und Träger der praktischen Ausbildung erproben Ausbildungsgänge zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.
5. Das BIBB unterstützt beratend die Durchführung von Modellvorhaben zur schulischen und praktischen Ausbildung.

¹¹ Die Regelung des § 63 Absatz 3c SGB V, mit der eine zügige Umsetzung der Modellvorhaben erreicht werden soll, bleibt hiervon unberührt.

Partner der „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019–2023)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder

Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Kultusministerkonferenz der Länder

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Arbeitgeberverband Pflege e.V.

Arbeitskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.

Bundesagentur für Arbeit

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V.

Bundesverband Pflegemanagement e.V.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Dekanekonferenz Pflegewissenschaft gem. e.V.

Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Deutscher Caritasverband e.V.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Deutscher Pflegerat e.V.

Deutscher Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

GKV-Spitzenverband

Landespflegekammern

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Verband Deutscher Privatschulverbände e.V.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

Impressum

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege mit

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin
www.bmas.de

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 030 18 272 2721
Fax: 030 18 102 722 721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20 179 130
Montag–Donnerstag: 9–18 Uhr
Fax: 030 18 555-4400
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*

Artikelnummer: 3BR181

Stand: März 2019, 1. Auflage

* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 zur Verfügung. In den teilnehmenden Regionen erreichen Sie die 115 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 Uhr. Die 115 ist sowohl aus dem Festnetz als auch aus vielen Mobilfunknetzen zum Ortstarif und damit kostenlos über Flatrates erreichbar. Gehörlose haben die Möglichkeit, über die SIP-Adresse 115@gebaerdentelefon.d115.de Informationen zu erhalten. Ob in Ihrer Region die 115 erreichbar ist und weitere Informationen zur einheitlichen Behördenrufnummer finden Sie unter <http://www.d115.de>.



Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Vereinbarungstext

Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege

Arbeitsgruppe 2

Inhalt

Vorbemerkungen	41
Handlungsfeld I: Eine hinreichende Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sicherstellen sowie Datengrundlagen für die Personalbedarfsplanung verbessern	44
1.1 Das Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI umsetzen	44
1.2 Grundlagen der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern weiterentwickeln	46
1.3 Gesetzliche Verbesserungen zur Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern kurzfristig umsetzen	48
1.4 Fachkräftemonitoring für Steuerungs- und Planungszwecke verbessern	50
Handlungsfeld II: Beruflich Pflegende (zurück-) gewinnen und halten	51
2.1 Nicht gewünschte Teilzeitbeschäftigung in der Pflege reduzieren	51
2.2 Sachgrundlos befristete Verträge reduzieren	53
2.3 Wiedereinstieg in den Pflegeberuf – Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer motivieren ..	54
2.4 Anreize und Unterstützung für Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger in die Pflegeberufe schaffen	57
2.5 Fort- und Weiterbildung stärken	58
2.6 Bezahlbaren Wohnraum schaffen und verkehrsbedingte Belastungen reduzieren	59
Handlungsfeld III: Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung nutzen	61
3.1 Beruflich Pflegende in der nationalen Präventionsstrategie berücksichtigen	61
3.2 Arbeitsschutz – Sicherheit erhöhen, Gesundheit beruflich Pflegenden schützen	63
3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung – Gesundheit fördern, Ressourcen stärken	67
3.4 Gewalterfahrungen im Pflegealltag wirksam vorbeugen und beruflich Pflegende beim Umgang mit Gewalterfahrungen unterstützen	69
Handlungsfeld IV: Pflege als attraktiver Arbeitsplatz: Transparenz über gute Arbeitsbedingungen schaffen – Stammpersonal im Betrieb halten und Leiharbeit reduzieren	71
4.1 Transparenz über gute Arbeitsbedingungen schaffen	71
4.2 Stammbeschaften im Betrieb halten und Leiharbeit reduzieren	72
Handlungsfeld V: Kompetente Führung und Etablierung einer Fehler- und Lernkultur in der Pflege	74
5.1 Kompetente Führung unterstützen	74
5.2 Wertschätzende Fehler- und Lernkultur etablieren	76
Handlungsfeld VI: Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und flexible und verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung	77
Handlungsfeld VII: Lebensphasengerechte Aufgabenverteilung im Betrieb	80
Handlungsfeld VIII: Wertschätzung und Anerkennung	82
Mitglieder der Arbeitsgruppe 2	83

Vorbemerkungen

In dem Bewusstsein, dass eine gute und motivierte Pflege auf angemessene und verlässliche Rahmenbedingungen angewiesen ist, hat die Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege (Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung) unter Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit ein umfangreiches Paket an Maßnahmen vereinbart, mit denen die Arbeit für beruflich Pflegende in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen sicher, gesund und attraktiv gestaltet werden kann. Damit soll für Absolventinnen und Absolventen von Pflegeausbildungsgängen und hochschulischer Pflegeausbildung, aber auch für Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteiger in die Pflege, der erneute Berufseinstieg erleichtert und die Arbeit in der Pflege für alle beruflich Pflegenden so gestaltet werden, wie es dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden entspricht. Für viele beruflich Pflegende ist die Möglichkeit, Pflegebedürftige, Patientinnen und Patienten beim Erhalt und der Wiederherstellung ihrer Gesundheit bei akuten oder chronischen Erkrankungen umfassend anzuleiten und zu unterstützen sowie Sterbende angemessen zu begleiten, zentral für ihre Motivation, einen Pflegeberuf auszuüben.

Pflegefachpersonen und weitere Menschen neu für die Pflege zu gewinnen, beruflich Pflegenden, die aus der Pflege – sei es für eine Familienphase oder die Pflege von Angehörigen, sei es dauerhaft – ausgestiegen sind, zurückzugewinnen und langfristig zu halten, beruflich Pflegenden in Teilzeit zur Aufstockung ihrer Wochenarbeitszeit zu bewegen, kann nur gelingen, wenn alle Akteure in ihrem Aufgabenbereich gemeinsam und bestimmt handeln. Eine besondere Verantwortung kommt dabei auch den Trägern von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sowie weiterer Einrichtungen, in denen beruflich Pflegenden beschäftigt sind, und den dort beschäftigten Führungskräften zu. Diese gilt es durch die Maßnahmen der Arbeitsgruppe 2 zu stärken und zu unterstützen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 2 sind sich darin einig, dass die Sicherung einer hinreichenden Anzahl an Pflegefachpersonen und weiteren beruflich Pflegenden für eine gute und professionelle Pflege eine der wesentlichen gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Jahre sein wird. Zu den Rahmenbedingungen einer guten und motivierten Pflege gehört daher eine qualitativ und quantitativ am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser¹ mit hinreichend Zeit für Pflegebedürftige, Patientinnen und Patienten sowie für betriebliche Maßnahmen zum gesundheitsförderlichen Führungsverhalten, gutem Personalmanagement und zur Umsetzung des Arbeitsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Daher hat die Arbeitsgruppe 2 ihren Fokus zwar auf die betriebliche Ebene gelegt, aber auch Vereinbarungen zur Entwicklung von notwendigen und unterstützenden Rahmenbedingungen (am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung und Personalbemessung) getroffen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 2 betonen, dass bestehende gesetzliche Regelungen, zum Beispiel zum Arbeitsschutz, aber auch Vereinbarungen in Tarif- und Arbeitsverträgen, von allen Beteiligten einzuhalten sind.

Zu den Rahmenbedingungen gehört auch, dass die Vereinbarungspartner nach dem Pflege-Versicherungsgesetz auf Landesebene sowohl in den Landesrahmenverträgen, aber auch in den Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen, eine quantitativ wie qualitativ am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben anerkennen; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen darf dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Zugleich sind Pflegebedürftige und ihre Familien

¹ Für stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik werden bereits Mindestpersonalvorgaben vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet.

vor einer Überforderung bei den Eigenanteilen in der Pflege zu schützen. Unter dieser Prämisse wird die Bundesregierung - wie im Koalitionsvertrag vorgesehen - bei der Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung insbesondere auch eine Anpassung der Sachleistungen vorschlagen. Auch die sozialraumorientierte Weiterentwicklung und Förderung der Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur durch die Länder (unter anderem § 9 SGB XI) trägt zu diesem Ziel bei.

Die Arbeit der beruflich Pflegenden in den Versorgungsbereichen Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege und ambulante Pflege ist durch sehr unterschiedliche Strukturen und Prozesse geprägt. Aus diesem Grund beziehen sich viele Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege nicht auf alle, sondern nur auf einzelne Versorgungsbereiche. Die verschiedenen Versorgungsbereiche hängen eng zusammen. Es ist notwendig, die Rahmenbedingungen überall so zu gestalten, dass die Versorgungsbereiche nahtlos zusammenwirken können.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) wurden im Jahr 2015 wichtige Grundlagen zur Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung gelegt, die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auf die Berufsgruppe der Pflegenden zugeschnitten und weiter ausgebaut wurden. Die Arbeitsgruppe 2 hat diese gesetzlichen Regelungen in Handlungsfeld 3 praxisbezogen konkretisiert. Darüber hinaus hat der Bundesgesetzgeber im Bereich der Langzeitpflege bereits mit dem Pflegestärkungsgesetz II, das den fachwissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsinstrument zum 1. Januar 2017 umfassend geändert hat, mit der gleichberechtigten Berücksichtigung von psychischen und demenziellen Beeinträchtigungen bei der Einstufung in die Pflegegrade die Grundlage für eine Anpassung pflegerischer Leistungen und damit für mehr Personalstellen in der Pflege geschaffen, die von den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenverträge seitdem entsprechend umzusetzen ist. In der Folge konnten nach Untersuchungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bereits mindestens 18.000 zusätzliche Vollzeitstellen (Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte) für stationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart werden.

Durch die Pflegereformen konnte zudem die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren stetig erhöht werden. Waren Ende 2013 noch rund 28.000 zusätzliche Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen tätig, so ist die Anzahl bis Ende 2015 auf rund 49.000 angestiegen und konnte bis Ende 2017 auf rund 54.000 zusätzliche Betreuungskräfte gesteigert werden.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, erhält nunmehr jede vollstationäre Pflegeeinrichtung für die Neueinstellung beziehungsweise Aufstockung von zusätzlichen Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Einrichtungsgröße, eine Vollfinanzierung (§ 8 Absatz 6 SGB XI). Insgesamt können rund 13.000 neue Stellen gefördert werden. Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vorzuhalten hat. Die finanziellen Mittel hierfür stammen anteilig von der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung. Sie werden der Pflegeeinrichtung auf Antrag über die Pflegeversicherung ausgezahlt. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sieht darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals für die Einrichtungen der Langzeitpflege vor: So werden als Impuls zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für sechs Jahre zielgerichtet Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt, die „besondere Betreuungsbedarfe“ etwa jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas abdecken oder die auf andere Weise die Familienfreundlichkeit fördern. Darüber hinaus unterstützt die Pflegeversicherung mit einer 40-prozentigen Ko-Finanzierung einmalig die Anschaffung von entsprechender

digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu 12.000 Euro. Insgesamt können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30.000 Euro je Einrichtung finanziert werden. Digitalisierung birgt, richtig eingesetzt, ein erhebliches Potential zur Entlastung der beruflich Pflegenden in der ambulanten und stationären Altenpflege.

Im Bereich der stationären Akutversorgung wurden bereits in der letzten Legislaturperiode, unter anderem mit dem Krankenhausstrukturgesetz, Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung, hier insbesondere durch das Pflegestellen-Förderprogramm 2016 – 2018, die Ersetzung des Versorgungszuschlags durch den Pflegezuschlag sowie die anteilige Tarifrefinanzierung, umgesetzt. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wird in den Krankenhäusern zukünftig jede zusätzliche Pflegekraft in der direkten Pflege finanziert. Darüber hinaus werden mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz im Krankenhausbereich neben der bedarfsgerechten Weiterentwicklung des Pflegestellen-Förderprogramms über das Jahr 2018 hinaus die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze für die Pflegekräfte anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung umfassend in die Tarifrefinanzierung einbezogen. Zudem sieht das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die Förderung von Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sowie die umfassende Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen als deutlichen Anreiz zur Schaffung höherer Ausbildungskapazitäten vor. Die zusätzliche Finanzierung soll zu einer höheren Personalausstattung und damit zu verbesserten Arbeitsbedingungen führen, die ihrerseits positiv auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten wirken. Eine von den Fallpauschalen unabhängige krankenhausspezifische Vergütung der Pflegepersonalkosten soll in Krankenhäusern dafür sorgen, dass nicht beim Pflegepersonal gespart wird. Denn eine angemessene personelle Absicherung und entsprechende Möglichkeiten zur Refinanzierung sind eine wichtige Voraussetzung auch für neue Maßnahmen, deren Umsetzung verpflichtenden Charakter hat, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege weiter zu verbessern.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 sind sich darin einig, dass seitens aller Beteiligten eine Fortführung der begonnenen Maßnahmen zur Förderung von mehr Pflegepersonal, zur Vergütung von Pflegeleistungen und zu angemessenen Einkommen beruflich Pflegenden erforderlich ist.

Die Umsetzung aller Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 2 wird von der Geschäftsstelle der Konzierten Aktion Pflege im Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen eines Monitorings durch begleitende Studien und Berichterstattung der Partner an das Bundesministerium für Gesundheit nachgehalten. Über den Stand der Umsetzung wird das Bundesministerium für Gesundheit berichten; ein entsprechender Bericht wird erstmals im Jahr 2020 veröffentlicht. Die Partner der Arbeitsgruppe 2 unterstützen die Geschäftsstelle bei der Durchführung des Monitorings.

Handlungsfeld I: Eine hinreichende Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sicherstellen sowie Datengrundlagen für die Personalbedarfsplanung verbessern

Zu den Rahmenbedingungen einer guten und motivierten Pflege gehören eine ausreichende Personalausstattung und hinreichend Zeit, um betriebliche Maßnahmen für eine gute Führung, für ein gutes Personalmanagement, für den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung umzusetzen. Die Maßnahmen der Konzierten Aktion Pflege sollen hierzu einen Beitrag leisten und zugleich eine positive Botschaft an beruflich Pflegende senden: Es ist attraktiv, in der Pflege zu arbeiten.

1.1 Das Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI umsetzen

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass verbindliche Personalbemessungsinstrumente, auch im Hinblick auf die nächtliche Pflegesituation, entwickelt werden. Um eine fachlich fundierte und bedarfsgerechte Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, wurde die Pflegeselbstverwaltung mit dem Pflege-stärkungsgesetz II gesetzlich verpflichtet, bis zum 30. Juni 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben zu entwickeln und zu erproben. § 113c SGB XI stellt ausdrücklich fachliche Anforderungen an das zu entwickelnde Verfahren: Dieses muss strukturiert, empirisch abgesichert und valide sein, auf der Basis des fachlich angemessenen, durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Leistungen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung entwickelt werden, die fachlichen Ziele und die Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigen und einheitliche Maßstäbe für Qualifikationsanforderungen an das Personal und quantitative Personalbedarfe festlegen. Zu berücksichtigen sind dabei auch Fragen mit Blick auf die Wirkungen des Verfahrens auf die Versorgungsqualität, die Entlastung des Pflegepersonals und insbesondere die Sicherstellung der Versorgung.

Im Rahmen der Entwicklungsphase werden auf Basis umfangreicher empirischer Erhebungen in stationären Pflegeeinrichtungen Ist-Zeitaufwände für direkte und indirekte Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erhoben. Vorab wurden für alle pflegerischen Handlungen pflegewissenschaftlich fundierte Kriterien für eine fach- und sachgerechte Durchführung konsentiert. Anhand dieser Regeln werden aus den empirischen Ist-Zeitaufwänden sogenannte „Soll-Zeitaufwände“ abgeleitet. Diese Soll-Zeitaufwände dienen dann als Ausgangspunkt für eine bedarfsgerechte Personalbemessung. Dabei werden indirekte Tätigkeiten der beruflich Pflegenden berücksichtigt, insbesondere auch die Zeit, die für Leitungs- und Führungsaufgaben, die Anleitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie ihre Team- und Kompetenzentwicklung (einschließlich der Fort- und Weiterbildung) erforderlich ist. Zudem wird die Zeit für Maßnahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung einbezogen. Auch für ambulante Pflegeeinrichtungen werden Empfehlungen für personelle Vorgaben entwickelt.

Die gestiegenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung und die demografische Entwicklung machen es notwendig, mehr beruflich Pflegenden, insbesondere Pflegefachpersonen, einzusetzen. Eine ausreichende Anzahl von Pflegefachpersonen ist die Voraussetzung für eine hohe Patientensicherheit und Versorgungsqualität. Sie arbeiten in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung im Team mit

anderen Berufsgruppen zusammen, was im Rahmen der Personalbemessung zu berücksichtigen ist. Diese Frage wird im Rahmen des Projekts nach § 113c SGB XI ebenfalls fachlich fundiert untersucht und die Ergebnisse in das Personalbemessungsverfahren eingebunden².

Im Sommer 2019 werden die ersten Ergebnisse aus der Entwicklungsphase des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen vorliegen. Die Entwicklungs- und Erprobungsphase ist nach gesetzlichem Auftrag bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzentrierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- nach abgeschlossener Entwicklungs- und Erprobungsphase das Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen in geeigneten Schritten gemeinsam zügig anzugehen,
- bereits nach Abschluss der Entwicklungsphase im Sommer 2019 mit den hierfür erforderlichen Vorbereitungen zu beginnen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das *Bundesministerium für Gesundheit* entwickelt im Einvernehmen mit dem *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* ab Herbst 2019 unter Beteiligung der relevanten Akteure eine Roadmap, in der die notwendigen Umsetzungsschritte dargestellt und mit einem Zeitplan versehen werden. Um für alle Beteiligten eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit zu erreichen, wird eine Umsetzung durch einfach zu handhabende Instrumente mit geringem Verwaltungsaufwand angestrebt.
2. Auf der Grundlage dieser Roadmap legt das *Bundesministerium für Gesundheit* im Einvernehmen mit dem *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* in Umsetzung des Koalitionsvertrags³ einen Vorschlag für eine gesetzliche Verankerung des Personalbemessungsverfahrens im SGB XI vor.
3. *Der Bund*⁴ und die *Länder*⁵ verpflichten sich, gemeinsam zu beraten, wie bundes- und landesrechtliche Vorgaben für die Personalbemessung zukünftig aufeinander abgestimmt und gegebenenfalls harmonisiert werden können.
4. Die *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* berät den Auftragnehmer des Projekts nach § 113c SGB XI (Universität Bremen) darüber, welche Arbeitsschutzaufgaben in Pflegeeinrichtungen bestehen und wie diese zeitlich angemessen zu hinterlegen sind.

² Ergänzende Erkenntnisse ergeben sich aus dem Projekt „StaVaCare 2.0. – Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Outcome und Organisationscharakteristika“ des GKV-Spitzenverbands (bis 31. Oktober 2019) und vergleichbarer Untersuchungen.

³ Der Koalitionsvertrag dieser Legislaturperiode sieht vor, dass verbindliche Personalbemessungsinstrumente, auch im Hinblick auf die Pflegesituation in der Nacht, entwickelt werden.

⁴ Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

⁵ Die Länder müssen das Budgetrecht der Landesparlamente beachten. Soweit zur Umsetzung der Beiträge der Länder zusätzliche Mittel oder Stellen erforderlich sind, stehen diese daher unter dem Vorbehalt der Bereitstellung entsprechender Mittel oder Stellen durch den jeweiligen Haushaltsgesetzgeber.

1.2 Grundlagen der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern weiterentwickeln

Verbesserungen bei der Pflegepersonalausstattung erfolgten im Bereich der stationären Akutversorgung unter anderem durch das Krankenhausstrukturgesetz, das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten und durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (siehe Vorbemerkung). Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurden die Selbstverwaltungspartner beauftragt, auf Grundlage der Datenerhebungen und Analysen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonaluntergrenzen⁶ in pflegesensitiven Krankenhausbereichen weiterzuentwickeln und insbesondere weitere pflegesensitive Bereiche zu vereinbaren, für die Pflegepersonal-Untergrenzen festzulegen sind. Diesen gesetzlichen Auftrag gilt es jetzt umzusetzen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, die Pflegeberufsverbände, die Pflegekammern⁷, ver.di und der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege sprechen sich dafür aus, ein am Bedarf ausgerichtetes und pflegewissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument auch für Einrichtungen der stationären Akutversorgung zu entwickeln und einzuführen⁸. Nach Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste, der Pflegeberufsverbände, von ver.di sowie des Pflegebevollmächtigten muss sich der Bedarf an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern orientieren und den notwendigen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten und für das gesamte Krankenhaus erfassen können. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes liegen bereits ausgearbeitete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge vor, die eine Pflegebedarfs- und Leistungserfassung ermöglichen, anhand derer eine Pflegepersonalbemessung erfolgen kann. Um für alle Beteiligten eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit zu erreichen, wird von allen genannten Partnern eine Umsetzung durch einfach zu handhabende Instrumente mit geringem Verwaltungsaufwand angestrebt.

⁶ Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V ist ein Zugewinn an Versorgungssicherheit durch Anhebung des Personalausstattungs-niveaus der Krankenhäuser, nicht aber die Festlegung einer im Einzelfall angemessenen Pflegepersonalausstattung.

⁷ Pflegekammern sind landesrechtlich geregelte Körperschaften öffentlichen Rechts, in denen Pflegefachpersonen Pflichtmitglieder sind. Sie haben untergesetzliche Regelungskompetenzen zur Erstellung einer Berufsordnung im Bundesland. Pflegekammern gibt es gegenwärtig in mehreren Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein); die am 14. Juni 2019 die Pflegekammerkonferenz (Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer) als Vertretung auf Bundesebene begründen. In der Konzertierten Aktion Pflege sind daher die bisher bestehenden Pflegekammern auf Landesebene vertreten; sie stimmen den Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege für sich zu. Soweit auf Landesebene zeitnah weitere Pflegekammern gegründet werden, sind diese berechtigt, aber nicht verpflichtet, die von den Pflegekammern getroffenen Vereinbarungen mit zu tragen und umzusetzen. Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern ist keine Pflegekammer, aber eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, in der beruflich Pflegenden und Pflegeberufsverbände freiwillig Mitglied werden können und die über geregelte Mitwirkungs- und Beteiligungsaufgaben verfügt. Sie ist nicht selbst Mitglied der Konzertierten Aktion Pflege; sie trägt die von den Pflegekammern in der Konzertierten Aktion Pflege getroffenen Vereinbarungen allerdings mit und kann mit Blick auf Bayern an der Umsetzung mitwirken.

⁸ Die Pflegeberufsverbände weisen zudem darauf hin, dass sie auch für den Bereich der Kinderkrankenpflege ein spezifisches Personalbemessungsinstrument für erforderlich halten.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Der *Deutsche Pflegerat*, die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* und *ver.di* entwickeln bis 31. Dezember 2019 einen Interims-Vorschlag für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren und präsentieren dieses den Selbstverwaltungspartnern und dem *Bundesministerium für Gesundheit*. Das *Bundesministerium für Gesundheit* wird diesen Vorschlag im Lichte der Zielsetzungen der Konzertierten Aktion Pflege ergebnisoffen prüfen.
2. In einem zweiten Schritt soll durch die Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument entwickelt und nach Erprobung – zum Beispiel im Wege von Modellvorhaben – zur Umsetzung vorgeschlagen werden. Dabei sind die bestehenden Regelungen zu Personalvorgaben zu berücksichtigen. Das *Bundesministerium für Gesundheit* begleitet diesen Prozess intensiv und unterstützt ihn.

1.3 Gesetzliche Verbesserungen zur Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern kurzfristig umsetzen

Vor dem Hintergrund der bereits erfolgten Verbesserungen der Personalausstattung, insbesondere durch das Pflegestärkungsgesetz II, das Krankenhausstrukturgesetz und das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, ist es erforderlich, in einem ersten Schritt die hiermit ermöglichten Stellen auch tatsächlich zu besetzen.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass bis Ende 2019 möglichst viele, am besten jede vollstationäre Pflegeeinrichtung, einen Antrag auf einen Vergütungszuschlag nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz für zusätzliches oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal gestellt und geeignete Bewerberinnen und Bewerber eingestellt hat,
- dass bis Ende 2019 möglichst jedes Krankenhaus Stellenausschreibungen für hinreichend zusätzliches Pflegepersonal veröffentlicht und geeignete Bewerberinnen und Bewerber eingestellt hat,
- die Pflegeeinrichtungen (vgl. § 84 Abs. 6 SGB XI), Pflegekassen und Sozialhilfeträger weiterhin alle notwendigen Schritte zur Sicherstellung einer hinreichenden Personalausstattung auch vor der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen vornehmen werden.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. *Vollstationäre Pflegeeinrichtungen*, die über die vereinbarte Personalausstattung verfügen, stellen möglichst bis Ende 2019 zusätzliches oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal ein, das auf Antrag über einen Vergütungszuschlag nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz finanziert wird. Die *Pflegekassen* setzen sich auf Grundlage der Festlegungen des § 8 Absatz 6 SGB XI für eine unbürokratische Umsetzung ein. Die Selbstverwaltung auf Landesebene wird die für eine wirksame und unbürokratische Umsetzung vorgesehenen Verfahren zeitnah vereinbaren. Der GKV-Spitzenverband berichtet jährlich, erstmals zum 31. Dezember 2019, über den Abruf der Mittel, den damit verbundenen Stellenzuwachs in der vollstationären Pflege und die Praktikabilität des Verfahrens.
2. Das *Bundesministerium für Gesundheit* untersucht im Rahmen der Evaluation des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 18c SGB XI, ob im seit dem 1. Januar 2017 geltenden Begutachtungsinstrument die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und stark herausforderndem Verhalten fachlich angemessen berücksichtigt wurden. Darüber hinaus stellen das *Bundesministerium für Gesundheit* und das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* im Rahmen des Projekts zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen sicher, dass das Personalbemessungsverfahren eine ausreichende Grundlage für einen angemessenen Personalschlüssel für die Pflege und Betreuung dieses Personenkreises darstellt.
3. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft, ob es einer gesetzlichen Klarstellung bedarf, mit der Pflegeeinrichtungen außergewöhnliche Kosten für organisatorische Maßnahmen der Personalgewinnung (zum Beispiel erhöhter Verwaltungsaufwand für Personalgewinnung, nicht aber monetäre Anreize) angesichts des Fachkräftemangels in Vergütungsverhandlungen geltend machen können.
4. Die *Verbände der Leistungserbringer und Leistungsträger auf Bundesebene* wirken darauf hin, dass bis zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen die Vereinbarungspartner auf Landesebene nach § 75 SGB XI die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen in den Landesrahmenverträgen darauf ausgerichtet sind, dass Leitungs- und Führungsaufgaben bei der personellen Ausstattung in Einrichtungen in den

Personalanhaltzahlen beziehungsweise im ambulanten Bereich als Bestandteil der Vergütungskalkulationen hinreichend berücksichtigt werden. Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben.

1.4 Fachkräftemonitoring für Steuerungs- und Planungszwecke verbessern

Die Pflegestatistik stellt umfassende Informationen über Anzahl und Struktur der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen in Deutschland bereit. Gerade aufgrund des regional sehr ungleich verteilten Angebots und dem Bedarf von beruflich Pflegenden wird es aber zunehmend wichtiger, eine regionalspezifische Kenntnis zu erhalten.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- Datengrundlagen zum Pflegepersonalangebot für Steuerungs- und Planungszwecke kleinräumig zu verbessern.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das *Bundesministerium für Gesundheit* wird aufbauend auf einem Forschungsprojekt ein Fachkräftemonitoring für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen vorlegen, mit dem das Pflegepersonalangebot regionalisiert ausgewertet werden kann. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse über die regionale Verteilung der beruflich Pflegenden und den Pflegepersonalbedarf können eine gezielte und wirkungsvolle Umsetzung pflegepolitischer Maßnahmen der Konzierten Aktion Pflege unterstützen.
2. Die *Pflegekammern* stellen regional gegliederte Daten für ihren Zuständigkeitsbereich zur Verfügung.

Handlungsfeld II: Beruflich Pflegende (zurück-) gewinnen und halten

2.1 Nicht gewünschte Teilzeitbeschäftigung in der Pflege reduzieren

Die große Anzahl von Teilzeitbeschäftigten⁹ in der Pflege – im Vergleich zu anderen Berufsgruppen – hat verschiedene Gründe: Dies können zum einen familiäre Gründe sein wie die Betreuung von Kindern, wenn es etwa an für Berufe mit Schichtdienst geeigneten Angeboten zur Kinderbetreuung fehlt oder die Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger (Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf). Zum anderen wird die Arbeitszeit auch aufgrund zu hoher Arbeitsverdichtung und damit Arbeitsüberlastung reduziert. Schließlich gibt es in der Pflege im Tagesverlauf häufig Arbeitsspitzen, zum Beispiel am Morgen und am Abend. In diesen Zeiten werden zahlreiche beruflich Pflegende zur gleichen Zeit benötigt, in den Zwischenzeiten ist die Nachfrage häufig deutlich geringer.

Neben denjenigen beruflich Pflegenden, bei denen eine Teilzeitbeschäftigung aufgrund ihrer gegenwärtigen Lebensphase ihrem persönlichen Wunsch entspricht, gibt es auch eine nicht unerhebliche Zahl von beruflich Pflegenden, insbesondere in der Langzeitpflege¹⁰, die sich aus den verschiedensten Gründen ungewollt in einem Teilzeitarbeitsverhältnis¹¹ befinden.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- regelhaft Vollzeitbeschäftigung ermöglichende Arbeitsplätze für beruflich Pflegenden in dem erforderlichen Umfang anzubieten,
- den Anteil von nicht gewünschter beziehungsweise unfreiwilliger Teilzeit¹² deutlich zu reduzieren.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege. Ziel der Studie ist die Identifizierung von weiteren Maßnahmen, mit denen beruflich Pflegenden im Beruf gehalten beziehungsweise zurückgewonnen werden können. In dieser Studie werden auch relevante Daten, Entwicklungstendenzen und Gründe für einen Ausstieg oder Verbleib im Pflegeberuf, die Rückkehr in den Beruf sowie für eine Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigung in der Pflege zusammen mit der Frage erhoben, wie sich Beschäftigte in der Pflege ihren Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen.¹³

⁹ Vgl. Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen, Studie für den Deutschen Pflegerat, https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf, Seite 44 ff, 2012.

¹⁰ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt an, dass das Phänomen der nicht gewünschten Teilzeit in den Krankenhäusern nicht vorkommt.

¹¹ Vgl. IAB: Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf, Seite 8 ff, 2015.

¹² Vgl. IAB: Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf, Seite 9 ff und 23 ff, 2015.

¹³ Das Bundesministerium für Gesundheit muss das Budgetrecht des Deutschen Bundestages beachten. Alle finanzwirksamen Maßnahmen stehen unter dem Vorbehalt der Mittelverfügbarkeit sowie unter dem Vorbehalt des Haushaltsgesetzgebers.

2. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geregelt, dass die *Leistungsträger* und die *Leistungserbringer* auf Landesebene nach § 75 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen in den Landesrahmenverträgen darauf auszurichten haben, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen einrichtungsübergreifend eingesetzt werden kann. Durch den einrichtungsübergreifenden Personaleinsatz soll verstärkt Vollzeitbeschäftigung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglicht werden, die dieses wünschen. Dabei sind die Auswirkungen auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenso abzuwägen wie mögliche Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Die *Leistungsträger* und die *Leistungserbringer* auf Landesebene nach § 75 SGB XI werden aufgefordert, ihre diesbezüglich bestehenden Regelungen in den Rahmenverträgen bis Ende 2019 zu überprüfen und auf dieser Grundlage entsprechend neu auszurichten.
3. Das *Bundesministerium für Gesundheit* führt zeitnah einen Workshop zur Untersuchung berichteter Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Gesamtversorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2 SGB XI auf Landes- und Einrichtungsebene durch. Auch im Rahmen von Gesamtversorgungsverträgen kann der einrichtungsübergreifende Personaleinsatz gestärkt und damit ein Beitrag zur Verringerung ungewollter Teilzeit geleistet werden. In dem Workshop sollen förderliche und hinderliche Faktoren für eine Umsetzung der Gesamtversorgungsverträge ausgehend von Best-Practice-Beispielen identifiziert werden. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* beraten und unterstützen ihre Mitglieder in der Umsetzung von Gesamtversorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2 SGB XI, so dass beispielsweise der einrichtungsübergreifende Personaleinsatz zwischen mehreren Einrichtungen zu mehr Vollzeitbeschäftigung in den Pflegeeinrichtungen genutzt wird, insbesondere im Sinne von existenzsichernden Arbeitsplätzen. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und *Leistungsträger auf Bundesebene* erarbeiten zeitnah gemeinsam auf Grundlage der Ergebnisse des Workshops eine Arbeitshilfe zur verbesserten Umsetzung des Instruments des Gesamtversorgungsvertrags.
4. Die *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, ver.di*, die *Arbeit- und Dienstgeber- und -nehmervertretungen in der Pflege*, die *Pflegeberufsverbände* sowie die *Pflegekammern* informieren ihre Mitglieder über das neue Instrument der Brückenteilzeit. Die Brückenteilzeit ermöglicht eine befristete Teilzeitarbeit mit einem Rückkehrrecht in die vorherige Arbeitszeit.
5. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* setzen sich dafür ein, dass ihre Führungskräfte die bei ihnen beschäftigten Teilzeitkräfte¹⁴ weiterhin gezielt motivieren, ihre Teilzeit aufzustocken oder in die Vollzeit zurückzukehren.

¹⁴ Nach einer Studie der Ruhr-Universität Bochum können sich 25,5 % der Befragten eine Aufstockung der Wochenarbeitszeit vorstellen (IAT 2016: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich).

2.2 Sachgrundlos befristete Verträge reduzieren¹⁵

Zu attraktiven Arbeitsbedingungen in der Pflege gehört auch die Möglichkeit einer unbefristeten Beschäftigung. Der Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode sieht eine Einschränkung der sachgrundlosen Befristung von Arbeitsverträgen und eine Begrenzung von Kettenbefristungen vor.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass unbefristete Arbeitsverhältnisse in der Pflege der Regelfall sind und sachgrundlose Befristungen reduziert oder möglichst ganz vermieden werden.¹⁶

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Bundesregierung wird – wie im Koalitionsvertrag¹⁷ vereinbart – ein Gesetz zur Einschränkung der sachgrundlosen Befristung von Arbeitsverträgen und zur Begrenzung von Kettenbefristungen vorlegen.
2. Die *Pflegeeinrichtungen* und *Krankenhäuser* nutzen verstärkt unbefristete Arbeitsverträge.

¹⁵ Im Vergleich zu allen anderen Gesundheitsberufen (dort: 17,5 %) ist ein größerer Anteil der Stellen von beruflich Pflegenden befristet (20,3 %); vgl. IAT 2016.

¹⁶ Nach Einschätzung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sind unbefristete Arbeitsverhältnisse in der Pflege der Regelfall und werden auch zukünftig überwiegen. Befristete Arbeitsverhältnisse seien ein unerlässliches Flexibilitätsinstrument für die Wirtschaft, das unangetastet bleiben müsse.

¹⁷ Zeile 2342 – 2365.

2.3 Wiedereinstieg in den Pflegeberuf – Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer motivieren

Viele beruflich Pflegende unterbrechen zeitweilig oder längerfristig ihre Berufstätigkeit oder steigen ganz aus dem Beruf aus. Die Gründe dafür sind vielfältig, zum Beispiel für die Erziehung und Betreuung ihrer Kinder oder auch die Pflege von nahen Angehörigen beziehungsweise durch eine berufliche Überlastung. Viele beruflich Pflegende, die wegen einer Überlastung oder aufgrund mangelnder Vereinbarkeit mit Familie oder Pflege von Angehörigen ausgestiegen sind, können sich einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf grundsätzlich vorstellen.¹⁸ Für diese beruflich Pflegenden gibt es bereits zahlreiche Angebote, zum Beispiel von Einrichtungsträgern¹⁹. Die Inanspruchnahme dieser Angebote zeigt, dass es ein großes Interesse gibt, in den Beruf zurückzukehren. Die Rückkehr hängt aber nicht selten von bestimmten Voraussetzungen ab. Zum Beispiel besteht aufgrund familiärer Sorgeverpflichtungen häufig das Bedürfnis nach flexiblen Arbeitszeiten, wenig Schichtdiensten und verlässlicher Dienstplanung. Zudem ist die Rückkehr manchmal auch davon abhängig, ob eine Vollzeitbeschäftigung angeboten wird und damit – insbesondere bei alleinstehenden oder alleinerziehenden beruflich Pflegenden – der Lebensunterhalt gesichert werden kann.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- Anreize und Unterstützungsangebote für die Planung des Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf bei geplanten Auszeiten, insbesondere nach einer Elternzeit, zu schaffen beziehungsweise auszubauen und damit den Anteil der beruflich Pflegenden zu erhöhen, die wieder einsteigen,
- beruflich Pflegende aus Leiharbeitsunternehmen und aus anderen Branchen für eine festgestellte Tätigkeit in der Pflege zurückzugewinnen,
- in allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern gute betriebliche Strukturen für die Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung von beruflich Pflegenden zu schaffen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich in ihrem Zuständigkeitsbereich aktiv für die Rückgewinnung von beruflich Pflegenden ein, die vorübergehend aus familiären Gründen oder dauerhaft aufgrund der Arbeitsbedingungen aus dem Beruf ausgestiegen sind („Rückgewinnungsprogramm“). Sie stimmen sich dazu untereinander ab, stellen sich gegenseitig Informationen zur Verfügung und weisen in ihrem Zuständigkeitsbereich auf Angebote und Informationen der anderen Partner hin.
2. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft, ob die mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz geschaffene gesetzliche Förderung der Pflegeversicherung für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf nach § 8 Absatz 7 Satz 1 SGB XI auf konkrete Rückgewinnungsprogramme von Pflegeeinrichtungen ausgeweitet werden kann.

¹⁸ Zu diesem Ergebnis kommt eine auf 21 Tiefeninterviews beruhende Studie des Marktforschungsinstituts psyma im Auftrag der Hartmann AG. Vgl. PflegeComeBack-Studie, psyma, <https://hartmann.info/de-de/wissen-und-news/9/4/hartmann-pflegecomeback>, 2018.

¹⁹ Beispiele Wiedereinstiegsangebote bzw. -programme in die Pflege: <https://www.westkuestenklinikum.de/medizin-pflege/pflege/wiedereinstiegsprogramm-in-die-pflege/>; <https://www.vivantes-karriere.de/vivantes-als-arbeitgeber/vorteile-im-ueberblick/wiedereinstieg-in-die-pflege/>; <https://www.dasdiak.de/bildungsangebote/untermenue/ausbildung-und-schulen/wiedereinstieg-in-den-pflegeberuf.html>; <https://www.drk-reutlingen.de/wirueberuns/wiedereinstieg.php>.

3. Die *Bundesagentur für Arbeit* und die *kommunalen Spitzenverbände* werden den Wiedereinstieg von beruflich Pflegenden durch passgenaue Angebote der Agenturen für Arbeit, der Jobcenter und Berufsinformationszentren unterstützen.
4. Die *Pflegekammern* sowie die *Pflegeberufsverbände* richten niedrigschwellige Informationsangebote zum Wiedereinstieg ein und stellen diese öffentlich zur Verfügung.
5. Das *Bundesministerium für Gesundheit* verweist im Rahmen seiner Informationsangebote auf die bestehenden Beratungsangebote und Fördermaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit und die Informations- und Beratungsangebote der Pflegekammern und Pflegeberufsverbände sowie das Informations- und Beratungsangebot des „Beratungsteams Pflegeausbildung²⁰“ des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben.
6. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* entwickeln zusammen mit den *Pflegeberufsverbänden* und *Pflegekammern* und dem *ver.di/BIG-Bildungsinstitut im Gesundheitswesen* eine Arbeitshilfe für Pflegeeinrichtungen zur Eignung und Förderwürdigkeit von Weiterbildungsinteressierten sowie von Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern im betrieblichen Kontext.
7. Die *Pflegekammern*, die *Pflegeberufsverbände* und *ver.di* erarbeiten modellhaft ein strukturiertes betriebliches Wiedereinstiegskonzept für beruflich Pflegende, die in den Pflegeberuf (sowohl in der Langzeitpflege²¹ als auch in Krankenhäusern) zurückkehren.²² Studien geben Hinweise, dass Rückkehrer häufig vor Herausforderungen stehen, denen durch ein Wiedereinstiegsprogramm begegnet werden kann. Zudem kann es qualitätssichernd wirken. Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern wird wie allen neuen Beschäftigten genügend Zeit für die Einarbeitung gegeben.
8. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* berücksichtigen in ihrer Dienst- und Personalplanung die Zeit, die für die Einarbeitung neuer Beschäftigter und von Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern benötigt wird. In den Pflegesatzverhandlungen werden Zeiten für die Einarbeitung bei der Ermittlung der Nettojahresarbeitszeit berücksichtigt. Beschäftigte in Einarbeitung werden für die Zeit der Einarbeitung nicht vollständig auf die Personalbesetzung angerechnet.

²⁰ Das Beratungsteam Pflegeausbildung berät bundesweit vor Ort Menschen, die an einer Ausbildung und an einer Arbeit als Fachperson in der Pflege interessiert sind, sowie Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen und einer qualitätsvollen Pflegeausbildung. Kontaktdaten finden sich unter www.pflegeausbildung.net.

²¹ Zum Beispiel baua: Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A40.pdf?__blob=publicationFile.

²² Dabei sollten die folgenden Aspekte berücksichtigt werden (vgl. IWAK 2009: Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, S. 46f.):

- Schaffung von flexiblen Arbeitsbedingungen in Bezug auf Arbeitszuschnitte und Arbeitszeiten, zum Beispiel die Ermöglichung eines Wiedereinstiegs in eine Teilzeitbeschäftigung nach einer Unterbrechung aufgrund von Burnout,
- Analyse der Risikofaktoren, wenn eine Unterbrechung aufgrund von Erkrankung vorgelegen hat,
- Anpassung von Arbeitszuschnitten entsprechend der Erkrankungsursache,
- Implementierung von Gesundheitsförderprogrammen, Arbeitsschutzmaßnahmen,
- Bereitstellung von Hilfsmitteln,
- Bereitstellung nicht-allergener Arbeitsmaterialien, wenn eine Allergie die Ursache der Erkrankung war,
- Durchführung regelmäßiger Mitarbeitergespräche,
- Durchführung einer systematischen Personalentwicklung,
- Praktizierung einer konstruktiven Konfliktkultur,
- Supervision der Pflegeteams durch externe Supervisor/innen,
- Förderung einer guten Teamkultur,
- eine Trägerphilosophie der Einrichtungsträger, die für eine Unterstützung bei der Einarbeitung von beruflich Pflegenden nach Unterbrechungen steht und den Einrichtungen bei dieser Aufgabe hilft.

9. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* sowie die *Pflegekammern* prüfen die Möglichkeit, Mentoring- und Patenprogramme für Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteiger zu etablieren.
10. Zahlreiche deutsche Gesundheitsfachkräfte, auch viele Pflegefachpersonen, sind in den vergangenen Jahren in europäische Mitgliedstaaten ausgewandert und üben nun dort ihre Berufe aus. Das *Bundesministerium für Gesundheit* wird eine Studie in Auftrag geben, die der Frage nachgehen wird, welche konkreten Motive für die Migration ausschlaggebend waren/sind und welche Maßnahmen aussichtsreich sind, um Gesundheitsfachkräfte einschließlich Pflegefachpersonen aus dem europäischen Ausland zurückzugewinnen beziehungsweise in Deutschland zu halten.

2.4 Anreize und Unterstützung für Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger in die Pflegeberufe schaffen

Die heutigen Berufsbiografien sind dadurch geprägt, dass viele Berufstätige sich nicht mehr auf einen Beruf von der „Ausbildung bis zur Rente“ festlegen und in ihrem Berufsleben immer wieder neue Herausforderungen suchen oder in unterschiedlichen Berufsfeldern arbeiten wollen. Das zeigt zum Beispiel deutlich die hohe Zahl der Auszubildenden, die sich im Rahmen einer Zweitausbildung für den Ausbildungsberuf zur Altenpflegerin /zum Altenpfleger entscheiden; auch das Durchschnittsalter der Auszubildenden liegt deutlich über dem anderer Ausbildungsberufe. Dieser Themenbereich ist in der Arbeitsgruppe 1 der Konzierten Aktion Pflege bearbeitet worden. Entsprechende Vereinbarungen finden sich insbesondere in den Handlungsfeldern 3.2 und 3.3 des Vereinbarungstextes zur „Ausbildungsoffensive Pflege“. Die Partner der Arbeitsgruppe 2 unterstützen die Umsetzung dieser Vereinbarungen.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Anzahl der Menschen, die aus anderen Berufsfeldern oder Tätigkeiten heraus in den Pflegeberuf einsteigen, durch Anreize und Unterstützungsangebote weiter zu erhöhen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die *Pflegekammern* sowie die *Pflegeberufsverbände* beraten zum (Quer-)Einstieg in die Pflegeberufe und zur beruflichen Qualifikation. Sie stellen dazu niedrigschwellig erreichbare Informationen öffentlich zur Verfügung.
2. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* entwickeln zusammen mit den *Pflegeberufsverbänden* und *Pflegekammern* sowie dem *ver.di/BiG-Bildungsinstitut im Gesundheitswesen* eine Arbeitshilfe und Konzepte für Pflegeeinrichtungen für die Gewinnung und Fördermöglichkeiten von Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern sowie ihre betriebliche Einarbeitung.

2.5 Fort- und Weiterbildung stärken

Der Großteil aller Berufstätigen hält lebenslanges Lernen und berufliche Weiterbildung für unverzichtbar oder sehr wichtig, das gilt insbesondere auch für beruflich Pflegende. Die Qualität und damit das Ergebnis von pflegerisch-medizinisch-therapeutischer Arbeit und die Übernahme von qualifizierten Tätigkeiten hängen wesentlich vom Wissensstand der Pflegeperson ab. Diese Faktoren haben somit einen direkten Einfluss auf die Attraktivität der Pflegeberufe, auf die Zufriedenheit der Pflegeperson mit ihrer Berufsausübung und die Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Beruf. Das Thema ist unter dem Aspekt der inhaltlichen Ausgestaltung von Qualifizierung in der Arbeitsgruppe 1 der Konzertierte(n) Aktion Pflege bearbeitet worden. Entsprechende Vereinbarungen finden sich insbesondere im Handlungsfeld 3.4 des Vereinbarungstextes zur „Ausbildungsoffensive Pflege“. Die Partner der Arbeitsgruppe 2 unterstützen die Umsetzung dieser Vereinbarungen.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- in allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern geeignete betriebliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Qualifizierungsmöglichkeiten zu schaffen und
- die berufliche Karriereplanung für beruflich Pflegende als Teil der betrieblichen Unternehmenskultur zu etablieren.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entwickeln zusammen mit den Pflegeberufsverbänden und Pflegekammern in einer Arbeitshilfe Konzepte für die strukturierte Einführung eines Fort- und Weiterbildungsmanagements. Pflegefachpersonen und anderen beruflich Pflegenden soll neben den jeweiligen Berufweiterbildungspflichten der kontinuierliche Kompetenzerhalt in der Dienstzeit ermöglicht werden. Die Träger der Einrichtungen stellen sicher, dass die für die jeweiligen Aufgaben erforderlichen speziellen Kenntnisse vorhanden sind.
2. Die Pflegekammern fördern und betreiben im Rahmen ihrer landesrechtlich geregelten Aufgaben die berufliche Fortbildung der Kammermitglieder, um dazu beizutragen, dass die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Praxis entsprechen.
3. Die Pflegekammern sowie die Pflegeberufsverbände beraten zur beruflichen (Aufstiegs-) Qualifikation. Sie stellen dazu niedrigschwellig erreichbare Informationen öffentlich zur Verfügung.
4. Die Pflegeeinrichtungen nutzen die vorhandenen Arbeitshilfen²³ für Pflegeeinrichtungen zur Eignung und Fördermöglichkeiten von Weiterbildungsinteressierten im betrieblichen Kontext.
5. Die Jobcenter und Agenturen für Arbeit nutzen die durch das Qualifizierungschancengesetz und das Teilhabechancengesetz entstandenen neuen arbeitspolitischen Möglichkeiten auch für den Bereich der Pflege. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft informieren ihre Mitglieder darüber, damit die Einrichtungen diese Möglichkeiten aktiv nutzen.

²³ Zum Beispiel Qualifizierungsprogramm und Angebote zu nationalen Expertenstandards, Notfallmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen, Umgang mit herausforderndem Verhalten.

2.6 Bezahlbaren Wohnraum schaffen und verkehrsbedingte Belastungen reduzieren

Bezahlbaren Wohnraum in Städten, Landkreisen und Gemeinden zu finden, ist zunehmend eine große Herausforderung für viele Bürgerinnen und Bürger; und damit auch für beruflich Pflegende. Weite Arbeitswege und eine finanzielle Belastung durch hohe Mieten mindern deutlich die Attraktivität eines Arbeitsplatzes, auch in der Pflege. Nicht selten ist es für beruflich Pflegende eine wesentliche Voraussetzung aufgrund des Schichtdienstes, nur dann eine Stelle in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung anzunehmen, wenn ein arbeitsplatznaher Wohnraum vorhanden ist. Ein anderes Problem stellt der Verkehr in den Städten für die ambulante Pflege dar. Keine Parkplätze und lange Stauzeiten belasten die beruflich Pflegenden in der ambulanten Pflege auf ihren Touren von einer Patientin oder einem Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen zum anderen und erschweren eine patientenorientierte Tourenplanung.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Attraktivität von Arbeitsplätzen in der Pflege auch durch infrastrukturelle Maßnahmen, wie bezahlbaren arbeitsplatznahen Wohnraum zu stärken,
- die verkehrsbedingten Beeinträchtigungen in der ambulanten Pflege durch geeignete Maßnahmen zu minimieren.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die *Kommunen* unterstützen nach Möglichkeit beruflich Pflegende bei der Suche nach arbeitsplatznahe bezahlbaren Wohnraum²⁴ und prüfen Maßnahmen, wie die Umwandlung von kommunalen Wohnungen, zum Beispiel zu Werkswohnungen. Bisher wird die Pflegebranche hierbei nicht ausdrücklich berücksichtigt.²⁵
2. Die *Kommunen* prüfen Möglichkeiten für erleichterte Sonderparkrechte „im Rahmen eines gesundheitlichen Sicherstellungsauftrages“ für Pkws im Einsatz der ambulanten Pflege zu gewähren sowie zum Beispiel die Benutzung von Busspuren (wie für Taxifahrer, Krankentransporte, ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu ermöglichen.²⁶ Das *Bundesministerium für Gesundheit* geht auf die zuständigen Ressorts, zum Beispiel das *Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur*, zu und bittet darum, das Thema „Sonderparkrechte / Nutzung von Busspuren etc.“ für ambulante Pflegedienste zu unterstützen.
3. Die *Kommunen* prüfen Möglichkeiten, den öffentlichen Nahverkehr (ÖPNV) so anzupassen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Schichtdienst ihren Arbeitsplatz möglichst auch an den Wochenenden mit dem öffentlichen Nahverkehr erreichen können.

²⁴ Zum Beispiel besteht in Frankfurt a.M. eine Kooperation zwischen der kommunalen Wohnungsbaugesellschaft und Pflegeeinrichtungsbetreibern, mit dem Ziel der Vermittlung kommunaler Wohnungen an beruflich Pflegenden.

²⁵ https://www.wirtschaftsministerkonferenz.de/WMK/DE/termine/Sitzungen/18-06-27-28-WMK/18-06-27-28-beschluesse.pdf?__blob=publicationFile&v=2; Seite 77, Pkt. 3.2.

²⁶ Eine bessere Koordination des Einsatzes ambulanter Dienste im jeweiligen Versorgungsgebiet kann Wegezeiten verkürzen und Effizienzreserven erschließen sowie die beruflich Pflegenden entlasten. Hierzu hat die Arbeitsgruppe 3 in Handlungsfeld III Ziffer 3 entsprechende Maßnahmen festgelegt. Für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, hat das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz bereits eine gesetzliche Grundlage geschaffen.

4. Die *Kommunen* unterstützen und fördern unter Berücksichtigung des Kindeswohls den Aus- und Aufbau von verlässlicher Betreuung²⁷ in Kinderbetreuungseinrichtungen auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Schichtdienst und während der Ferienzeiten.
5. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* prüfen dort, wo kein geeigneter ÖPNV vorhanden und auf kommunaler Ebene keine Lösung möglich ist, geeignete Maßnahmen, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern insbesondere in ländlichen Regionen den Weg zur und von der Arbeit zu erleichtern, zum Beispiel durch den Einsatz von Shuttles. Dabei prüfen die Träger auch eine trägerübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Arbeitgebern in der Region, um Synergien zu ermöglichen.

²⁷ Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz können Krankenhäuser Maßnahmen zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser hälftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken. Aber auch zielgerichtete Maßnahmen von Pflegeeinrichtungen werden finanziell unterstützt, zum Beispiel die „besondere Betreuungsbedarfe“ jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas abdecken oder die auf andere Weise die Familienfreundlichkeit fördern. Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte Aktion Pflege haben zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in Handlungsfeld VI weitere konkrete Maßnahmen vereinbart.

Handlungsfeld III: Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung nutzen

Die Bedingungen am Arbeitsplatz, die gesundheitsförderliche Führung und das gesundheitskompetente Verhalten der Beschäftigten haben einen erheblichen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit der beruflich Pflegenden. Ein sicheres und gesundheitsförderlich gestaltetes Arbeitsumfeld kann dazu beitragen, die Beschäftigungsfähigkeit langfristig zu fördern, zu erhalten und zugleich Anreize für einen Quer- und Wiedereinstieg in die Pflege sowie zur Aufstockung von Teilzeittätigkeit zu schaffen.

Maßnahmen des Arbeitsschutzes (Sicherheit und Gesundheitsschutz), der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nehmen vorrangig verhältnis- aber auch verhaltensbezogene Aspekte in den Blick. Sie haben untereinander zahlreiche Berührungspunkte und Schnittmengen, die im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements²⁸ sinnvoll miteinander verknüpft werden sollten. Unterstützung bei der Umsetzung des betrieblichen Arbeitsschutzes, der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements können Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen unter anderem im Rahmen der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeit durch die gesetzlichen Unfallversicherungen, die Arbeitsschutzverwaltungen der Länder, die Krankenkassen sowie die Verbände der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen erhalten. Bei der Gestaltung und Umsetzung der entsprechenden betrieblichen Maßnahmen haben das Management und die Führungskräfte in den Einrichtungen eine zentrale Rolle und Vorbildfunktion.

3.1 Beruflich Pflegende in der nationalen Präventionsstrategie berücksichtigen

Um die Bedeutung betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung für Beschäftigte in der Pflege hervorzuheben, wurden im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes die Träger der Nationalen Präventionskonferenz²⁹ verpflichtet, gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern sowie in ambulanten, teil- und stationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren. Die Nationale Präventionskonferenz widmet sich bei der Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie in den kommenden Jahren besonders den beruflich Pflegenden und den Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.³⁰

²⁸ Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die Entwicklung integrierter, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und vom Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen (Vgl. Badura/Ritter/Scherf, 1999). In diesem Sinne bildet das BGM den Rahmen für die freiwillige betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), die gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften und das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM); (Initiative Neue Qualität der Arbeit [INQA]: Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, Mai 2014).

²⁹ Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz sind die gesetzlichen Spitzenorganisationen der Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die soziale Pflegeversicherung und die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung. Sie beteiligen an ihren Entscheidungen unter anderem den Bund, die Länder und Kommunen, die Sozialpartner, die Bundesagentur für Arbeit, die Patientenvertretung und die in den Ländern für den Arbeitsschutz und die öffentliche Jugendhilfe zuständigen Stellen. Zu ihren Aufgaben gehört die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung einer nationalen Präventionsstrategie.

³⁰ Siehe dazu auch die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz in der Fassung vom 29. August 2018, S. 34.

Insgesamt stehen für Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung seit dem Jahr 2019 zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro zur Verfügung.

Ziel der nationalen Präventionsstrategie ist es, die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Bund und Ländern zur Unterstützung von Unternehmen in ihrer betrieblichen Präventionsarbeit zu intensivieren und damit die betriebliche Verhältnis- und Verhaltensprävention wirksam zugunsten der Beschäftigten zu verbessern.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die lebensphasenorientierte Gesundheitsförderung und Prävention für beruflich Pflegende in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie zu stärken,
- dass die Träger der Nationalen Präventionskonferenz einen Fokus auf die Lebenswelten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser und dabei auch auf die beruflich Pflegenden und ihre verschiedenen Lebensphasen richten,
- die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz und den Trägern der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur Stärkung der Gesundheitsförderung von beruflich Pflegenden zu intensivieren.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz vereinbaren die zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung für beruflich Pflegende, insbesondere für Beschäftigte von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, als einen Schwerpunkt für die Jahre 2020 bis 2023. Die Nationale Präventionskonferenz berichtet über die Umsetzung und Ergebnisse dieses Schwerpunkts im 2. Präventionsbericht (2023).
2. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz setzen sich dafür ein, die vereinbarten gemeinsamen Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern sowie in ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen voranzutreiben.
3. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz erarbeiten eine Übersicht über ihre Leistungen zum Arbeitsschutz, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser.
4. Das Bundesministerium für Gesundheit wird gemeinsam mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. den 9. Präventionskongress am 2. Dezember 2019 zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege“ ausrichten. Dabei sind Lösungsansätze zu entwickeln, wie Gesundheitsförderung und Prävention für beruflich Pflegende praktisch wirksam und nachhaltig umgesetzt werden können. Im Mittelpunkt des Kongresses stehen der im Jahr 2018 überarbeitete GKV-Leitfaden „Prävention in der stationären Pflege“ sowie die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Konzierten Aktion Pflege und der ersten Auswirkungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes.

3.2 Arbeitsschutz – Sicherheit erhöhen, Gesundheit beruflich Pflegender schützen

Durch den Arbeitsschutz und hierzu ergänzende zusätzliche Maßnahmen der Prävention am Arbeitsplatz werden die Sicherheit und die Gesundheit sowie die Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in der Pflege gefördert und erhalten. Arbeitgeber in der Pflege³¹ sind nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich verpflichtet, für eine geeignete Arbeitsschutzorganisation zu sorgen, eine Beurteilung der mit der Arbeit in der Pflege verbundenen Gefährdungen durchzuführen, entsprechende wirksame Maßnahmen des Arbeitsschutzes abzuleiten, deren Wirkungen zu überprüfen und für deren Umsetzung die erforderlichen Mittel bereitzustellen, das heißt Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie für die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird. Sie haben Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu ergreifen und somit für die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten zu treffen und Maßnahmen zur betrieblichen Eingliederung erkrankter Beschäftigter durchzuführen. Die Maßnahmen des Arbeitsschutzes umfassen insbesondere die menschengerechte Gestaltung der Arbeit³². Die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, eine kontinuierliche Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben.

Aus der Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist bekannt, dass der Anteil der Arbeitgeber in der Pflege, die den gesetzlichen Verpflichtungen des Arbeitsschutzes (die Sicherheit und der Gesundheitsschutz) in vollem Umfang folgen, noch zu gering ist. Hier liegt ein großes, bisher nicht genutztes Potential für Verbesserungen.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- einen hohen Arbeitsschutzstandard in allen Bereichen der Pflege zu gewährleisten,
- dass Arbeitgeber in der Pflege Erkenntnisse und Beispiele guter Praxis zum Arbeitsschutz als Vorbild für eine Umsetzung nehmen,
- den Anteil der Pflegeeinrichtungen³³ und Krankenhäuser zu erhöhen, die eine angemessene Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) und ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchführen und dabei insbesondere die kleinen und mittleren Pflegeeinrichtungen dabei zu unterstützen,
- den Anteil der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser deutlich zu erhöhen, die Beratungs- und Unterstützungsangebote zum Arbeitsschutz, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement in Anspruch nehmen,
- Leitungs- und Führungskräfte in den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu sensibilisieren und zu befähigen, den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung als eine ihrer Leitungs- und Führungsaufgaben wahrzunehmen und umzusetzen,

³¹ Zu den Arbeitgebern in der Pflege gehören insbesondere die ambulanten, die teil- und stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI sowie die Krankenhäuser. Arbeitgeber in der Pflege können auch andere Einrichtungen, zum Beispiel Rehabilitationseinrichtungen, sein.

³² Vgl. § 2 ArbSchG.: Eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit liegt dann vor, wenn insbesondere bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen sowie bei der Auswahl von Arbeitsmitteln und Arbeitsverfahren auf eine Verminderung ihrer gesundheitsschädlichen Auswirkungen für die Beschäftigten hingewirkt wird. Sie bedeutet auch die Berücksichtigung der individuellen Belastungsfähigkeit und individueller Beeinträchtigungen aufgrund körperlicher Behinderungen, gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder besonderer Lebenssituationen (zum Beispiel jungendliches Alter, Schwangerschaft, höheres Alter).

³³ Die Formulierung umfasst ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI.

- die Arbeitgeber zur Einhaltung der Arbeitsschutzvorschriften zu beraten und sie abgestimmt zu überwachen sowie - sofern erforderlich - darauf hinzuwirken, dass vorgefundene Mängel abgestellt werden. Zur kontinuierlichen Verbesserung des Arbeitsschutzes findet darüber hinaus eine Beratung des Arbeitgebers statt.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Für die Träger der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)³⁴ haben die Pflegebranche und die Arbeitsbedingungen beruflich Pflegenden einen hohen Stellenwert. Schon in der 1. GDA-Periode (2008 bis 2012) waren die Sicherheit und der Gesundheitsschutz in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Kliniken Gegenstand eines GDA-Arbeitsprogramms „Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege“. Die Zielstellung der 3. GDA-Periode (ab 2019) lautet: „Arbeit sicher und gesund gestalten: Prävention mit Hilfe der Gefährdungsbeurteilung; Miteinander und systematisch für:
 - einen sicheren Umgang mit kanzerogenen Gefahrstoffen
 - gute Arbeitsgestaltung bei psychischen Belastungen
 - gute Arbeitsgestaltung bei Muskel-Skelett-Belastungen.“
2. Die Arbeitsschutzverwaltungen der Länder und die Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger überwachen und unterstützen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten, gesetzlicher Aufgaben und ihrer Personalressourcen die Unternehmen in der Umsetzung der Arbeitsschutzvorschriften, insbesondere die der Arbeitsschutzorganisation und der Gefährdungsbeurteilung³⁵ in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern³⁶. Die Arbeitsschutzverwaltungen der Länder und die Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger setzen sich konsequent für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz in diesen Betrieben ein. Ebenso unterstützen sie durch Beratung unter anderem bei der Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.
3. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sehen das Instrument der Gefährdungsbeurteilung als zentrales Element und Steuerungsinstrument für die Gestaltung des betrieblichen Arbeitsschutzes an. Es ist darüber hinaus eine wichtige Grundlage der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie verpflichten sich, ihre Mitglieder dabei zu unterstützen, eine angemessene Gefährdungsbeurteilung durchzuführen sowie für wirksame Maßnahmen zur Verhütung von Gesundheitsrisiken durch zu hohe Belastungen zu sorgen. Die Betriebe werden dabei von den Arbeitsschutzverwaltungen der Länder und den Präventionsdiensten der Unfallversicherungsträger im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages unterstützt, die gesetzlich geforderte Gefährdungsbeurteilung ein- und durchzuführen.

³⁴ Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist eine auf Dauer angelegte, im Arbeitsschutzgesetz und im SGB VII verankerte, Plattform von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern (für die Gesundheits- und Pflegebranche: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die Unfallkassen).

³⁵ Weiterführende Informationen: <https://www.mags.nrw/arbeitsschutz-gefaehrdungsbeurteilung>; https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Gefaeherdungsbeurteilung/_functions/Bereichs-Publikationssuche_Formular.html?nn=8703478; <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gefaeherdungsbeurteilung/Gefaeherdung>; https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gefaeherdungsbeurteilung/Gefaeherdungsbeurteilung-Psyche/Gefaeherdungsbeurteilung-Psyche_node.htmlsbeurteilung-online/Gefaeherdungsbeurteilung-Pflege/Gefaeherdungsbeurteilung-Pflege_node.html.

³⁶ Zum Beispiel <https://www.sicheres-krankenhaus.de/>.

4. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die Arbeitsschutzverwaltungen der Länder und die Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger sowie die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft prüfen gemeinsam bis Ende 2019, ob geeignete Instrumente zur Gestaltung sicherer und gesundheitsgerechter Arbeitsplätze beziehungsweise zur Gefährdungsbeurteilung zur Verfügung stehen und entwickeln diese gegebenenfalls weiter. Sie informieren die Betriebe in der Pflege zielgruppengerecht über die spezifischen Unterstützungsangebote zur Gefährdungsbeurteilung und verdeutlichen hierbei insbesondere deren Nutzen. Dabei wird insbesondere der Bedarf von kleineren Pflegeeinrichtungen bis zu 100 Beschäftigten berücksichtigt. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen wirken in diesem Prozess unterstützend mit.
5. Die Vertragspartner nach § 75 SGB XI wirken darauf hin, dass die personellen und sächlichen Ressourcen für den Arbeitsschutz einschließlich der Gefährdungsbeurteilung bei der Personalausstattung und sächlichen Ausstattung berücksichtigt und refinanziert werden.
6. Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser nutzen die Gefährdungsbeurteilung und Mitarbeitergespräche als betriebliche Assessmentinstrumente, mit denen die Belastung und gegebenenfalls Überlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege identifiziert werden können. Auf Basis dieser Beurteilung entwickeln sie gezielte betriebliche Konzepte zur arbeitsprozessintegrierten³⁷ Kompetenz- und Organisationsentwicklung.
7. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Pflegekammern, der Deutsche Pflegerat und ver.di informieren ihre Mitglieder im Rahmen einer Informationsoffensive bis zum Ende des Jahres 2020:
 - zur Gefährdungsbeurteilung als Instrument zur Umsetzung des Arbeitsschutzes und die entsprechenden Informations- und Beratungsangebote der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie der Unfallkassen
 - über die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte und über die entsprechenden Informations- und Beratungsangebote der Krankenkassen und der regionalen BGF-Koordinierungsstellen und werben bei ihren Mitgliedern für die Inanspruchnahme der Beratungs- und Informationsangebote.
8. Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser sowie die Pflegekammern setzen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine aktive Umsetzung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements³⁸ (§ 167 Abs. 2 SGB IX) ein und greifen hier auf Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialversicherungsträger zurück.³⁹

³⁷ Zum Beispiel Projekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung in der Pflege (AKiP)“ des IWAK, Goethe-Universität Frankfurt am Main.

³⁸ Zum Beispiel Arbeitshilfe: Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/BroschuereAH8.web.pdf>

³⁹ M. Drupp/M. Meyer: Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: K. Jacobs et. al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019.

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung – Gesundheit fördern, Ressourcen stärken

Mit betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich die Gesundheitspotenziale der Arbeit stärken, Erkrankungsrisiken von Beschäftigten senken, ihre gesundheitlichen Kompetenzen verbessern sowie ihre Arbeitsfähigkeit langfristig sichern.

Alle verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen im Unternehmen sollten im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses entwickelt werden. Die Verhältnisprävention berücksichtigt vor allem die Arbeitsverhältnisse. Dazu sollen die Verantwortlichen im Betrieb unterstützt werden, gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen und gesundheitsorientierte Angebote in den Arbeitsalltag zu integrieren. Mit der Verhaltensprävention soll der Einzelne dabei unterstützt werden, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Hierunter fallen beispielsweise Maßnahmen, die die Gesundheitskompetenz stärken, um Risikofaktoren durch eine ungesunde Lebens- und Arbeitsweise (zum Beispiel unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen) zu reduzieren. Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Zielgruppe: Pflegebedürftige) sollten mit Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V in Pflegeeinrichtungen (Zielgruppe: Unternehmen, Führungskräfte, Beschäftigte) konzeptionell verknüpft werden.⁴⁰

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege auf der Grundlage arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie auf der Grundlage von Verhältnis- und Verhaltensprävention kontinuierlich weiterzuentwickeln und die Erkenntnisse und Beispiele guter Praxis den Arbeitgebern in der Pflege kostenlos und zielgruppengerecht zur Verfügung zu stellen,
- Führungskräfte in den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu sensibilisieren und zu befähigen, die betriebliche Gesundheitsförderung als eine ihrer Aufgaben wahrzunehmen und umzusetzen,
- den Anteil der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu erhöhen, die Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der beruflich Pflegenden im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und möglichst unter Einbezug einer Gefährdungsbeurteilung umsetzen und langfristig ein betriebliches Gesundheitsmanagementsystem etablieren.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Krankenkassen erarbeiten Konzepte und Unterstützungsangebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser. Sie machen die Angebote auch über die BGF-Koordinierungsstelle⁴¹ und mit Unterstützung der *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* bei den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit bekannt.

⁴⁰ Diesen Ansatz verfolgt auch das Forschungsprojekt des AOK-Bundesverbandes „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe (QualiPEP)“, das vom Bundesministerium für Gesundheit für vier Jahre (1. Februar 2017 bis 31. Januar 2021) gefördert wird.

⁴¹ Die regionale BGF-Koordinierungsstelle (www.bgf-koordinierungsstelle.de) informiert die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser über die BGF-Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und vermittelt eine kostenlose Beratung durch eine Krankenkasse. Die Kontaktaufnahme erfolgt innerhalb von zwei Werktagen in der Regel telefonisch oder bei Bedarf auch persönlich. Entsteht im Anschluss an die Beratung ein konkreter Unterstützungsbedarf, vermittelt die BGF-Koordinierungsstelle kompetente Ansprechpartner bei einer Krankenkasse für die Umsetzung von BGF in der Einrichtung. Alle weiteren Schritte für den BGF-Prozess werden dann mit der Einrichtung/dem Unternehmen abgestimmt und umgesetzt.

Die *Krankenkassen* unterstützen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser auf der Basis der im GKV-Leitfaden „Prävention“ näher beschriebenen Prozessschritte und den dort beschriebenen Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention. Mit diesem Angebot sollen insbesondere kleine und mittlere Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

2. Auf überbetrieblicher Ebene gehen die *Krankenkassen* über die regionale BGF-Koordinierungsstelle Kooperationen mit Unternehmensorganisationen (einschließlich der Träger von Krankenhäusern sowie der für die Träger der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände) ein. Die *Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene*, die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* setzen sich über ihre Untergliederungen auf Landesebene dafür ein, dass bis Ende 2020 in allen Ländern Kooperationsverträge zwischen der regionalen BGF-Koordinierungsstelle und den Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene und den Landeskrankenhausesellschaften geschlossen werden.⁴² Sie setzen sich dafür ein, gemeinsam mit der regionalen BGF-Koordinierungsstelle in jedem Land Informations- und Qualifizierungsangebote anzubieten.
3. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* setzen sich dafür ein, den Anteil der Einrichtungen deutlich zu erhöhen, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten.
4. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* nutzen die verfügbaren Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie die finanziellen Fördermöglichkeiten der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung. Für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Einrichtungen bauen sie gesundheitsfördernde Strukturen auf und beziehen möglichst im Rahmen regelmäßiger Steuerungskreise alle wichtigen Beteiligten partizipativ mit ein, zum Beispiel Einrichtungsleitung, Führungskräfte, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Gleichstellungsbeauftragte, betriebliche Interessenvertretung und Schwerbehindertenvertretung sowie die Beschäftigten selbst. Kleine Pflegeeinrichtungen, die diese Strukturen nicht etablieren können, prüfen ein betriebsübergreifendes Vorgehen, zum Beispiel eine örtliche oder regionale Vernetzung.
5. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* stellen sicher, dass die Beschäftigten die Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung während der Arbeitszeit wahrnehmen können. Sie informieren die Beschäftigten regelmäßig über regional vorhandene, zielgruppenspezifische, qualitätsgesicherte weitere Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention, die in der Freizeit in Anspruch genommen werden können und motivieren sie zur Teilnahme. Dazu zählen zum Beispiel die Angebote der örtlichen Sportvereine und die von den Krankenkassen bezuschussten Präventionskurse, die über die Internetseiten der Krankenkassen und durch Eingabe der Postleitzahl recherchierbar sind.
6. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* nutzen die verfügbaren Beratungs- und Unterstützungsangebote der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung, wie zum Beispiel zur rücken-gerechten Pflege, zum Haut- und Infektionsschutz sowie die individuellen Leistungsansprüche des Patientinnen und Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen gegenüber der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung zum Einsatz von pflegeunterstützenden Hilfsmitteln⁴³ zur Ausstattung eines individuell auf die Bedarfe des zu Pflegenden ausgerichteten Pflegearbeitsplatzes.

⁴² Kooperationsvereinbarungen gemäß § 20b Abs. 3 Sätze 3 und 4 SGB V zur Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen an der Beratung der BGF-Koordinierungsstelle stehen als Muster zur Verfügung.

⁴³ Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V übernimmt die GKV keine Kosten für Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar, technische Hilfsmittel und persönliche Schutzausrüstung (Leitfaden „Prävention 2018“, S. 98).

Sie prüfen zudem die Verankerung eines Konzepts zum Hilfsmiteleinsetz und entsprechender Schulungen dazu im Rahmen des betrieblichen Qualitätsmanagements und des Arbeitsschutzes.⁴⁴

7. Für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung zum Beispiel der pflegeunterstützenden Hilfsmittel in den Einrichtungen fördern die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* die Weiterqualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Ergonomieberaterinnen und -beratern. Diese wirken aktiv mit an der Gestaltung und Realisierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements.
8. Die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)* erhebt im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe den Ist-Stand der subjektiven Arbeitsbelastung von in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung tätigen Pflegefach- und -hilfskräften in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in Anlehnung an die bereits in der BAuA erprobten Erhebungsinstrumente (zum Beispiel BIBB-BAuA-Erwerbstätigenbefragung). Die Datenerhebung erfolgt – soweit nicht andere empirische Daten vorliegen – ab 2020 alle zwei Jahre bis 2024. Die Ergebnisse werden in geeigneter Weise veröffentlicht.
9. Der *GKV-Spitzenverband* berichtet in seinem jährlich erscheinenden Präventionsbericht regelmäßig in einem Sonderteil zum betrieblichen Gesundheitsmanagement für beruflich Pflegende, erstmals zum 31. Dezember 2020, zunächst für den Zeitraum von fünf Jahren.
10. Die *Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege* bitten die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz bei der Erarbeitung der Rahmenlehrpläne für die Pflegeausbildung Inhalte zum Arbeitsschutz, insbesondere zum Schutz vor physischen und psychischen Belastungen unter Einhaltung des Grundsatzes Verhältnisprävention vor Verhaltensprävention, zu berücksichtigen.
11. Die *Länder und Kommunen* setzen sich für die Stärkung der Gesundheit und von Faktoren zur Entwicklung von Resilienz von beruflich Pflegenden bereits während der Ausbildungszeit und in den ersten Berufsjahren, aber auch im weiteren Berufsverlauf ein und begleiten entsprechende Maßnahmen. Sie prüfen die Etablierung von Krisendiensten beziehungsweise -angeboten für beruflich Pflegende und Betreuungskräfte, zum Beispiel durch Öffnung telefonischer Angebote auch für beruflich Pflegende oder die Etablierung von Online-Angeboten wie Chats oder Websites. Die Krisenangebote sollen auch eine Lotsenfunktion in Bezug auf erforderliche (arbeits-)medizinische, sozialrechtliche und psychologische Unterstützungsangebote für beruflich Pflegende und Betreuungskräfte in der Region ermöglichen.

⁴⁴ Beispiel siehe Artikel Hilfsmittel halten die Mitarbeiter gesund, in Care Konkret 2019, Ausgabe 5. Weitere Beispiele guter Praxis und Tipps zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen finden sich auf der Webseite der GDA unter www.gdabewegt.de. Spezifische Informationen auf der Website der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege finden sich zum Beispiel bezüglich rückengerechtem Arbeiten in der ambulanten Pflege unter https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW%2007-00-009_Ambulante%20Pflege_MSE-Handlungshilfe.pdf?__blob=publicationFile

3.4 Gewalterfahrungen im Pflegealltag wirksam vorbeugen und beruflich Pflegende beim Umgang mit Gewalterfahrungen unterstützen

Laut einer Studie des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung⁴⁵ gehören Gewalterfahrungen zum Pflegealltag. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass mindestens jeder zehnte Befragte angibt, Gewalterfahrungen gemacht zu haben. Dazu gehören einerseits Gewalterfahrungen von Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Pflegebedürftigen und andererseits Gewalterfahrungen von beruflich und informell Pflegenden. Eine systematische Aufarbeitung dieser Vorfälle erfolgt in der Regel durch die Einrichtungen nicht und auch bei Einrichtungen, in denen strukturelle Angebote zur Prävention und Aufarbeitung von Gewalterfahrungen bestehen, bleiben die Erfahrungen häufig unbearbeitet. Die Studie stellt darüber hinaus fest, dass es nicht genügend Bildungsangebote zu den Themen „Erkennen von Früh- bzw. Warnsignalen“ oder „Umgang mit Gewalterfahrungen“ gibt und dass eine intensivere betriebliche und schulische Auseinandersetzung mit Gewaltsituationen sowie die Untersuchung und Weiterentwicklung fundierter Konzepte und Evaluationen zu strukturellen, bildungsbezogenen und weiteren Angeboten zur Gewaltprävention notwendig erscheint. Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Zielgruppe: Pflegebedürftige) werden mit Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V in Pflegeeinrichtungen (Zielgruppe: Unternehmen, Führungskräfte, Beschäftigte) im Handlungsfeld „Prävention von Gewalt“ konzeptionell verknüpft.⁴⁶

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Gewaltprävention in der Pflege zu optimieren,
- die berufliche Qualifizierung von beruflich Pflegenden insbesondere für die Pflege von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen im Hinblick auf den Umgang mit herausforderndem Verhalten und deeskalierendem Handlungsansätzen zu befördern und
- individuelle und universelle Präventionsmaßnahmen, Beratungs- und Supervisionsangebote für beruflich Pflegenden und Betreuungskräfte sowie weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auszubauen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert in den Jahren 2019 bis 2021 ein Modellvorhaben zu Unterstützungsangeboten für beruflich Pflegenden, Betreuungskräfte sowie weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die besonderen physischen oder psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Unterstützung kann dabei zum Beispiel in Form regelmäßiger Supervision oder anderer regelmäßiger Angebote (beispielsweise durch Psychotherapeuten⁴⁷) erfolgen. In dem Modellvorhaben sollen auch die Wirksamkeit bezüglich der Unterstützungswirkungen, die Auswirkungen auf die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser auf betrieblicher Ebene sowie die Nachhaltigkeit der Angebote untersucht werden.
2. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft werben bei ihren Mitgliedern für die Beteiligung an Projekten⁴⁸ zur Unterstützung von beruflich Pflegenden,

⁴⁵ Studienbericht Gewalt in der Pflege, 2017, https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Studienbericht-DIP-B_Braun_GiP-final2.pdf.

⁴⁶ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf.

⁴⁷ Zum Beispiel Projekt Dr. Kessler: Psychotherapeuten – eine neue Akteursgruppe in der Langzeitpflege.

⁴⁸ Zum Beispiel Projekt PFLEGEprevent – Präventiv der Arbeitsbelastung von Pflegekräften begegnen in Bayern, <https://pflegeprevent.de/>.

Betreuungskräften sowie weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die besonderen physischen oder psychischen Belastungen ausgesetzt sind.

3. Die *Pflegeeinrichtungen* und *Krankenhäuser* nutzen die verfügbaren Informations- und Qualifizierungsangebote der *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*⁴⁹ sowie von *ver.di* zur Gewaltprävention, insbesondere auch die „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“⁵⁰. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* führen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in relevanten Bereichen – bei erkennbarer psychischer Belastung im Rahmen der Gefährdungsurteilung – regelhaft ein Deeskalationstraining ein.
4. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* verpflichten sich, Gewaltvorfälle gegenüber beruflich Pflegenden und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Betrieb zu dokumentieren. Die Dokumentation dient der rechtlichen Absicherung beteiligter Personen – auch dann, wenn Pflegebedürftige oder Patientinnen oder Patienten verletzt wurden – und hilft beim erforderlichen Fortschreiben der Gefährdungsbeurteilung. Anhand der Dokumentation lassen sich Problembereiche in den Einrichtungen identifizieren und im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements die Wirksamkeit getroffener Schutzmaßnahmen prüfen. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* wirken darauf hin, dass grundsätzlich bei Übergriffen, auch wenn kein körperlicher Schaden dadurch entstanden ist, entsprechende Unfallanzeigen an den zuständigen Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege oder die Unfallkassen) erfolgen. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* informieren betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Hilfen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege nach einem Gewaltvorfall. Die *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*⁵¹ und die *Unfallkassen* führen ein systematisches Monitoring der gemeldeten Vorfälle ein und berichten jährlich darüber.
5. *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* unterstützen ihre Mitglieder dabei, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Einrichtungsleitungen, Führungskräfte, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, Mitarbeiter- und Schwerbehindertenvertretungen sowie Fachkräfte für Arbeitssicherheit gemeinsam individuelle Vereinbarungen und Prozessbeschreibungen beziehungsweise Standards mit Schutzziele, Rechten, Zuständigkeiten, klaren Verhaltensregeln für von Gewalt betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie deren Führungskräfte sowie Gewaltvermeidungs- und Notfallkonzepte erarbeiten und umsetzen.⁵²
6. Die *Pflegeeinrichtungen* und *Krankenhäuser* berücksichtigen in der Personaleinsatzplanung besonders gefährdete Bereiche mit dem Ziel, die Alleinarbeit von Pflegepersonal in diesen Bereichen zu vermeiden.

⁴⁹ Informationen zu Gewalt und Aggressionen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: https://www.bwg-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Umgang-mit-Gewalt_node.html.

⁵⁰ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf.

⁵¹ <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Hilfe-fuer-Betroffene/Hilfe-fuer-Betroffene.html;jsessionid=4E909D76120F0B3879B19DEA704C9E31>.

⁵² Zum Beispiel PEKo (Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Gewaltprävention) der Studienzentren Universität zu Lübeck, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Hochschule Fulda auf der Grundlage des „Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbands.

Handlungsfeld IV: Pflege als attraktiver Arbeitsplatz: Transparenz über gute Arbeitsbedingungen schaffen – Stammpersonal im Betrieb halten und Leiharbeit reduzieren

Die Motivation, einen Pflegeberuf zu ergreifen, ist verbunden mit dem Wunsch Menschen eine fachlich gute Pflege und zugewandte Unterstützung zukommen zu lassen. Erfahren beruflich Pflegende dauerhaft eine Diskrepanz zwischen ihrem beruflichen Selbstverständnis und der täglichen Praxis, der sie möglicherweise ohne Unterstützung gegenüberstehen, dann setzt das bei vielen eine Kette aus Unzufriedenheit, Frustration und Erkrankung in Gang und kann letztendlich zum Berufsausstieg führen.

Die Attraktivitätsmerkmale eines Berufes hängen auch zusammen mit der Möglichkeit, eigenständig fachliche Verantwortung zu übernehmen und aktiv mitgestalten zu können.

4.1 Transparenz über gute Arbeitsbedingungen schaffen

Gute Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende sind zentrales Anliegen und Aufgabe attraktiver Arbeitgeber in der Pflege.⁵³ Damit Pflegearbeitsplätze als attraktiv wahrgenommen werden können, ist es wichtig, dass gute Arbeitgeber dies auch zeigen können.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege setzen sich daher zum Ziel,

- mit den Vereinbarungen der AG 2 darauf hinzuwirken, dass Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser attraktive Arbeitgeber sind,
- dass Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser als attraktive Arbeitgeber wahrgenommen werden und die Transparenz über die Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu erhöhen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das *Bundesministerium für Gesundheit* beauftragt ein Projekt zur Transparenz über gute Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Langzeitpflege und bezieht dabei das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* mit ein. Im Rahmen des Projekts soll auch geklärt werden, welche Indikatoren für die Darstellung guter Arbeitsbedingungen geeignet sind (zum Beispiel Personalausstattung, durchschnittlicher Anteil an Leiharbeitskräften, Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für beruflich Pflegende, Verlässlichkeit von Dienstplänen und Vorhandensein von Ausfallkonzepten, Arbeitszeitsouveränität für Beschäftigte, betriebliche Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung sowie zur Erhöhung von ungewollter Teilzeit- auf eine Vollzeitbeschäftigung, die Anzahl sachgrundlos befristeter Arbeitsverträge, das Vorhandensein einer betrieblichen Interessenvertretung, Entlohnung nach Tarifvertrag und Tarifniveau).
2. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft die Vergabe eines Projektes, das geeignete Informationen zu den Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern zur Verfügung stellen soll.
3. Das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* engagiert sich im Rahmen der von ihm geförderten Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) für gute Arbeitsbedingungen und damit verbunden für eine verbesserte Arbeitgeberattraktivität in der Pflege. Gemeinsam mit dem INQA-Netzwerk Offensive gesund pflegen (OGP) wird INQA das Ziel, die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der beruflich Pflegenden zu erhalten und zu verbessern, weiterverfolgen.

⁵³ https://www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/ipm/pmm/Broschuere_Attraktiver_Arbeitgeber_in_der_Pflege.pdf.

Ergänzend zu den oben genannten Instrumentarien des Arbeits- und Gesundheitsschutzes setzen OGP und INQA vorrangig auf gute Führung, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Entscheidungen und Arbeitsplatzgestaltung einbindet. Mit den von INQA/OGP erarbeiteten „Leitsätze[n] für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege“ wird INQA/OGP daran arbeiten, eine Kultur des gesunden Pflegens zu entwickeln und zu verbreiten.

4.2 Stammebelegschaften im Betrieb halten und Leiharbeit reduzieren

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege 2 erkennen an, dass die Entscheidung von Pflegefachpersonen, für Verleihunternehmen zu arbeiten, auch ein Ergebnis der aktuellen Arbeitsbedingungen in der Pflege ist. Gleichzeitig führt die Nutzung von Arbeitnehmerüberlassung zu weiteren Belastungen für die Stammebelegschaften, die zum Beispiel verstärkt Wochenend- und Nachtdienste übernehmen müssen. Arbeitnehmerüberlassung von beruflich Pflegenden, die zuvor in einer Stammebelegschaft gearbeitet haben, belastet jedoch nicht nur die Stammebelegschaften. Auch die Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter verlieren die dauerhafte Einbindung in ein Pflegeteam und die Möglichkeit, zu den Pflegebedürftigen eine langfristige Beziehung aufzubauen. Die Partner der Arbeitsgruppe 2 streben an, allen beruflich Pflegenden in den Einrichtungen und Diensten eine Perspektive in einer Stammebelegschaft zu eröffnen. Die Attraktivität der Arbeitsbedingungen ist ein wichtiger Faktor dafür, dass das Stammpersonal in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern im Betrieb verbleibt und Einsatz von Arbeitnehmerüberlassung reduziert werden kann. Gute und gesunde Arbeitsbedingungen erhöhen nachweisbar die Arbeitgeberattraktivität für Stammebelegschaften, neu einzustellende Pflegefachpersonen und andere beruflich Pflegende.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege setzen sich daher zum Ziel,

- den Anteil an Leiharbeitskräften in der Pflege und Betreuung nachhaltig zu reduzieren.⁵⁴

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Arbeitnehmerüberlassung ist ein zusätzliches Instrument, um bei kurzfristigen Personalausfällen und nicht besetzbaren Stellen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung vorübergehend sicherzustellen. Die Partner der AG 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege unternehmen daher gemeinsam alle Anstrengungen, um die Attraktivität der Arbeit unmittelbar bei einer Pflegeeinrichtung oder einem Krankenhaus sowohl hinsichtlich der Arbeitszeit als auch hinsichtlich der Entlohnung so zu verbessern, dass die beobachtete Zunahme der Arbeitnehmerüberlassung zeitnah wieder verringert wird.
2. Die Entwicklung von Ausfallkonzepten⁵⁵, zum Beispiel sogenannte „Springerpools“, trägt dazu bei, dass im Fall von Personalengpässen statt Leiharbeiterinnen und -nehmern beruflich Pflegende zum Einsatz kommen, die den Betrieb und die Abläufe sowie gegebenenfalls sogar die Bewohnerinnen und Bewohner einer Pflegeeinrichtung, Kunden eines ambulanten Pflegedienstes oder Patientinnen und Patienten einer Station im Krankenhaus kennen. Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser setzen daher entsprechende Konzepte in ihren Einrichtungen um und wirken darauf hin, dass für Ausfälle ein entsprechender Mehrbedarf an Personal mit den Krankenkassen vereinbart beziehungsweise eingestellt wird.

⁵⁴ Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sieht Zeitarbeit dagegen als hilfreiches Instrument, um Stammebelegschaften bei kurzfristigen Personalausfällen und Stellenvakanzen zu entlasten und unterstützt daher nicht das Ziel, Zeitarbeit zu reduzieren.

⁵⁵ Siehe dazu auch unter Handlungsfeld VI.

3. Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser prüfen zusammen mit den Tarifpartnern unter anderem – soweit noch nicht vorhanden – die Etablierung von Maßnahmen, die zu einer besseren Mitarbeiterbindung beitragen können. Dazu gehören zum Beispiel:
 - finanzielle Zuschläge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stammebelegschaft bei kurzfristiger Übernahme eines Dienstes („Flexi-Zulage“) sowie Entlastungsmaßnahmen, zum Beispiel Ausgleichstage,
 - Erhöhung der Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stammebelegschaft,
 - Förderung des Teamgedankens für die „Stammebelegschaft“ (zum Beispiel Teambuilding-Maßnahmen, Teamevents u. a.).
4. Die *Verbände der Leistungsträger und der Leistungserbringer nach § 75 SGB XI* wirken darauf hin, dass in den Rahmenverträgen auf Landesebene bis zum 31. Juli 2020 Regelungen zum Einsatz von Leiharbeitskräften in den Pflegeeinrichtungen vereinbart werden.
5. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft das Erfordernis und gegebenenfalls Möglichkeiten zur genaueren Erfassung von Leiharbeitnehmerinnen und Leiharbeitnehmern in Pflegeeinrichtungen.

Handlungsfeld V: Kompetente Führung und Etablierung einer Fehler- und Lernkultur in der Pflege

5.1 Kompetente Führung unterstützen

Führungskräfte⁵⁶ in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern haben einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsprozesse und -strukturen sowie deren Ergebnisse. Zu kompetenter Führung gehört dabei insbesondere das gesundheitsförderliche Führungsverhalten, das sich auf sichere und gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen und das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten ebenso auswirkt wie auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten sowie einen wertschätzenden und Anerkennung fördernden Umgang untereinander. Beim Aufbau und der Ausgestaltung einer nachhaltig wirkenden Gesundheitskultur in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern kommt Führungskräften deshalb eine Schlüsselfunktion zu.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Kompetenzen der Führungskräfte in der Pflege zur Personalführung⁵⁷ – auch im Hinblick auf den Arbeitsschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung und das betriebliche Eingliederungsmanagement – zu stärken,
- dafür zu sorgen, dass Führungskräfte in ausreichender Anzahl vorhanden sind und im betrieblichen Ablauf genügend Zeit für ihre Führungsaufgaben haben.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das *Bundesministerium für Gesundheit* und das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* beauftragen das *Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)* mit der Durchführung einer Studie, mit der die bestehenden Qualifikationsanforderungen und hierfür vorgesehenen Weiterbildungen für Leitungsfunktionen in der Pflege auf Länderebene systematisch und vergleichend daraufhin untersucht werden, welche Kompetenzen erwartet beziehungsweise vermittelt werden. Die *Länder*⁵⁸ unterstützen diese Studie. Abhängig von den Ergebnissen der Studie prüfen das *Bundesministerium für Gesundheit* und das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* gemeinsam mit den Ländern, ob Anpassungen gesetzlicher Qualifikationsanforderungen für Leitungsfunktionen in der Pflege in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, insbesondere bezüglich der Dauer und der Inhalte der entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen, erforderlich sind.
2. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft auf Basis der Ergebnisse der Studie insbesondere, ob die Qualifikationsanforderungen sowie die Dauer und die Inhalte der gesetzlich vorgesehenen Weiterbildungsmaßnahmen vor dem Hintergrund der steigenden Anforderungen, die an Führungskräfte in den Pflegeeinrichtungen (verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 Absatz 3 SGB XI) gestellt werden, angepasst werden müssen. Es stimmt sich dabei mit dem *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* und den *Ländern* ab.

⁵⁶ Unter Führungskräften werden Personen verstanden, die mit Aufgaben der Personalführung betraut sind. Darunter fallen auch Leitungspersonen wie Pflegedienstleitungen oder Einrichtungsleitungen, denen zudem die Leitung einer bestimmten Einheit beziehungsweise Organisation (Einrichtung) übertragen ist.

⁵⁷ Handbuchbeispiel: <https://lasv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.621753.de>.

⁵⁸ Arbeits- und Sozialministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz.

3. Die *Länder* verständigen sich dabei auf einheitliche Anforderungen an die Qualifikation für Leitungsfunktionen in der Pflege in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Sie stimmen sich dabei mit dem *Bundesministerium für Gesundheit* ab. Die *Länder* prüfen die Entwicklung gemeinsamer Eckpunkte und zentraler Qualifizierungsanforderungen für Weiterbildungen im Pflegebereich (vergleiche Ziffer 2. unter 3.4 des Vereinbarungstextes der Arbeitsgruppe 1). Sie verständigen sich mit den *Pflegekammern* im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben insbesondere auf einheitliche Musterweiterbildungsordnungen für Leitungspersonen in der Pflege.
4. Das *Bundesministerium für Gesundheit* und die *Länder* beteiligen bei der Überprüfung von Qualifikationsanforderungen für Leitungsfunktionen in der Pflege die *Pflegekammern* sowie die *Pflegeberufs- einschließlich der Fachverbände*, die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* sowie die *Sozialpartner*. Das *ver.di/BiG-Bildungsinstitut im Gesundheitswesen* und die *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* unterstützen den Prozess.
5. Für Einrichtungsleitungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen stellt der *Deutsche Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe* in Kooperation mit der Evangelischen Hochschule Freiburg einen Qualifizierungsrahmen für Einrichtungsleitungen in der Langzeitpflege zur Verfügung, der auf den vorhandenen gesetzlichen Regelungen der Länder beziehungsweise Personalverordnungen aufbaut und keine bestehenden Anforderungsprofile unterschreitet.⁵⁹
6. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Verantwortung und geforderten Kompetenzen der Leitungspersonen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sehen es die *Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege* als wichtig an, dass insbesondere Pflegefachpersonen mit Leitungsverantwortung künftig vermehrt auch hochschulische Qualifikationen aufweisen. Die *Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege* bitten die Länder, auf die Einrichtung von vergleichbaren Masterprogrammen an ihren Hochschulen hinzuwirken, die neben den umfangreich zu vermittelnden Führungskennnissen insbesondere den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung in das Curriculum aufnehmen.
7. Die *Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege* sehen es für die Entwicklung einer modernen Führungskultur in der Pflege als erforderlich an, dass dabei die folgenden Aspekte als zentraler Bestandteil von Leitungs- und Führungskräfteweiterbildungen verpflichtend berücksichtigt werden: Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement; flexible, mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle, eine partizipative, mitarbeiterorientierte, flexible und verlässliche Dienstplangestaltung, Ausfallkonzepte und betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für beruflich Pflegende, Förderung von Aus- und Weiterbildung. Diese Weiterbildungen sollten durch akkreditierte Bildungsträger durchgeführt werden.
8. Die *Kranken- und Pflegekassen* und die *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* unterstützen im Rahmen ihrer Aufgaben beziehungsweise gemäß den Spezifizierungen im GKV-Leitfaden „Prävention“ durch geeignete Schulungsmaßnahmen Führungskräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Krankenhäusern bei der Umsetzung einer gesundheitsfördernden Führung. Die Erkenntnisse aus dem Projekt des *Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege* (siehe oben) werden dabei einbezogen.
9. Die *Partner der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)* prüfen die Notwendigkeit einer Aktualisierung der Handlungshilfe „Gute Führung in der Pflege“ (2010)⁶⁰. Dabei beziehen sie unter anderem die Erkenntnisse aus dem Projekt des *Pflegebevollmächtigten* (siehe oben) mit ein. Die Handlungshilfe bietet Einrichtungen auch Kriterien dafür, wie bei der Einstellung oder Beförderung gute Führungs-

⁵⁹ <https://www.dvlab.de/aktivitaeten.php?id=1150>.

⁶⁰ <https://www.inqa.de/DE/Angebote/Publikationen/pflege-hh2-fuehrung.html>.

kräfte ausgewählt werden können. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* sowie die *Pflegekammern*, *ver.di* und die *Pflegeberufsverbände* verbreiten die Handlungshilfe unter ihren Mitgliedern.

5.2 Wertschätzende Fehler- und Lernkultur etablieren

Wenn man Pflegefachpersonen und andere beruflich Pflegende fragt, wie sie mit erfolgten Fehlern umgehen, wird am häufigsten dazu angegeben: Der Fehler wird aus Angst vor der Reaktion von Kolleginnen und Kollegen, Leitungen und vor möglichen Konsequenzen verheimlicht⁶¹. Eine offene Fehlerkultur in einem Unternehmen zu entwickeln, um aus eigenen Fehlern zu lernen, ist eine Herausforderung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie eine besondere Führungsaufgabe.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- in allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern eine moderne und wertschätzende Fehler- und Lernkultur zu etablieren,
- eine positive Wahrnehmung einer wertschätzenden Fehler- und Lernkultur in Einrichtungen auch im Rahmen von externen Prüfungen⁶² sicherzustellen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* entwickeln beziehungsweise entwickeln weiter - in Zusammenarbeit mit dem *Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen* sowie den *Pflegekammern*, *ver.di* und *Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene* unter Einbindung des Aktionsbündnisses *Patientensicherheit (APS)* – ein Online-Fehlermeldesystem für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des Krankenhaus-CIRS-Netztes Deutschland 2.0 unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vom BMG geförderten Studie und den Ergebnissen aus dem Modellprojekt CIRS in der Pflege⁶³. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* schulen und beraten ihre Mitglieder bei der Implementierung und Nutzung des Systems.
2. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft die Beauftragung einer Studie zu den Wirkungen innerbetrieblicher Fehlermanagementsysteme und -kulturen auf die pflegerische Versorgung und die Arbeitszufriedenheit von beruflich Pflegenden.

⁶¹ Vgl. AOK-Bundesverband: Fehler als Chance, Studie des Zentrums für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen (Zepb), https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/patientensicherheit/fehler_als_chance_web.pdf.

⁶² Im neuen stationären Qualitätsprüfungskonzept wird in Verbindung mit der Bewertungssystematik für Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen bereits umfassend berücksichtigt, dass fehlerfreie Prozesse in der Lebensrealität und damit auch im Versorgungsalltag stationärer Pflegeeinrichtungen nicht oder nur extrem selten vorkommen.

⁶³ CIRS (Critical Incident Reporting System) in der Pflege, Projekt des MDK Bayern, siehe https://healthcare-bayern.de/images/Pflegekongress/3_Randzio_CIRS-Vortrag_Pflegekongress_20160516.pdf.

Handlungsfeld VI: Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und flexible und verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung

Professionelle Pflege kennt keine Pause, sie findet rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche statt und macht auch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Familie, Pflege und Beruf; und das gerade in einem Bereich, in dem überwiegend Frauen arbeiten. Unterstützung durch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Familie, Pflege und Beruf und eine verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung kann die Attraktivität der Pflegeberufe stärken.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für beruflich Pflegende zu verbessern und damit Anreize für einen Quer- und Wiedereinstieg in den Pflegeberuf sowie zur Aufstockung von Teilzeittätigkeit zu schaffen
- dass möglichst viele Pflegeeinrichtungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden jährlichen Fördersumme der Pflegeversicherung für Maßnahmen der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für beruflich Pflegende entsprechende Maßnahmen initiieren,
- zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für beruflich Pflegende Arbeitszeit und Dienstpläne gesundheitsgerecht, partizipativ, flexibel und verlässlich zu gestalten,
- durch die Entwicklung von innovativen Personalplanungs- und Arbeitszeitkonzepten, zum Beispiel um Personalausfälle sinnvoll zu kompensieren und eine Arbeitsüberlastung zu vermeiden oder zur Gestaltung von partizipativen und flexiblen Arbeitszeitvolumen, die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu befördern.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Pflegekammern und der Deutsche Pflegerat informieren ihre Mitglieder im Rahmen einer Informationsoffensive bis zum Ende des Jahres 2019 über die verfügbaren Angebote, die finanziellen Fördermöglichkeiten durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sowie weitere Fördermöglichkeiten der Sozialversicherungsträger zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für beruflich Pflegende und werben für ihre Inanspruchnahme.
2. Die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser rufen die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zur Verfügung gestellten Mittel möglichst schon ab dem Jahre 2019 ab und nutzen sie zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege. Der GKV-Spitzenverband berichtet über den Abruf der Mittel.
3. Die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser setzen sich für Möglichkeiten zur Etablierung von Kinderbetreuungsangeboten und Angeboten zur Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen von beruflich Pflegenden, die sich an ihren Arbeitszeiten orientieren, ein.
4. Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege fördert seit Januar 2019 ein Projekt, mit dem bewährte Instrumente für gute Arbeitsbedingungen in der ambulanten und stationären Altenpflege ausgearbeitet und nachhaltig in der Praxis implementiert werden (Pretest). Mit diesen Instrumenten sollen leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Führungsverantwortung aus kleinen und mittelständischen Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen nach einer Bedarfsanalyse praxisnah geschult und begleitet werden, so dass sie selbst aus einem Instrumentenkoffer die für sie passenden Maßnahmen für gute Arbeitsbedingungen in der Pflege innerhalb ihres Unternehmens einführen können, beispielsweise stabile Dienstpläne, mitarbeiterorientierte

Arbeitszeitmodelle und Angebote zur Gesundheitsförderung. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen, Deutscher Pflegerat, die Pflegekammern* und die *Berufs- und Fachverbände* informieren ihre Mitglieder über das Projekt und unterstützen eine anschließend geplante, bundesweite Umsetzung. *ver.di* prüft die Unterstützung in der betrieblichen Umsetzung.

5. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* erarbeiten zusammen mit dem *Deutschen Pflegerat, den Pflegekammern* und *ver.di* auf Grundlage arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse⁶⁴ einen Werkzeugkasten zum Prozessaufbau einer partizipativen, flexiblen und verlässlichen Dienstplangestaltung, mit der die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärker als bisher berücksichtigt werden, sowie zur partizipativen Entwicklung von Ausfallkonzepten⁶⁵. Die Erkenntnisse aus dem Projekt des *Pflegebevollmächtigten* (siehe oben) werden dabei einbezogen. Der *Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege* unterstützt die Erarbeitung des Werkzeugkastens.
6. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* werben bei den Einrichtungsträgern für eine gesundheitsgerechte, partizipative, flexible und verlässliche Dienstplangestaltung sowie für partizipative Ausfallkonzepte und informieren über den Werkzeugkasten.
7. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* verpflichten sich, Maßnahmen zur gesundheitsgerechten, partizipativen, flexiblen und verlässlichen Dienstplangestaltung und zu Ausfallkonzepten unter Berücksichtigung der betrieblichen Mitbestimmung umzusetzen, um die vereinbarte Personalausstattung in der Nacht jederzeit sicherzustellen und nutzen Angebote zur Beratung hierzu. Sie wirken daraufhin, dass Rückrufe von beruflich Pflegenden aus ihrer Freizeit nachhaltig reduziert und Beschäftigten auf deren Wunsch flexible oder lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle gewährt werden.
8. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft, ob die mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz geschaffene gesetzliche Förderung der Pflegeversicherung für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf nach § 8 Absatz 7 Satz 1 SGB XI auf Konzepte zur Entwicklung mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle, die auf die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf abzielen, ausgeweitet werden können.
9. Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* baut ihr Web-Portal „*pflege-krankenhaus.de*“ kontinuierlich weiter aus. Hier werden vorbildliche praktische Beispiele aus Krankenhäusern zu den Themen „*Neue Arbeitsteilung und Prozessgestaltung*“, „*Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf*“ und „*Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege*“ und Lernen aufgezeigt sowie in diesen Themen konkret erfahrene Ansprechpartner zur Unterstützung in Change-Prozessen genannt. Die Praxisbeispiele werden von einem Beirat aus Bundesministerium für Gesundheit, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, weiteren spezialisierten Pflegeverbänden, Bundesärztekammer und *ver.di* bewertet und vom *Deutschen Krankenhausinstitut* wissenschaftlich begleitet. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft eine Förderung.
10. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* etablieren gemeinsam ein Web-Portal, auf dem sie Beispiele guter Praxis zum lebensphasenorientierten Personalmanagement, zum Arbeitsschutz, zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegeeinrichtungen sowie zur familienorientierten Personalpolitik in Pflegeeinrichtungen⁶⁶ aufzeigen. Bestehende Portale werden dabei verlinkt (zum Beispiel

⁶⁴ Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin stellt auf ihrer Webseite arbeitswissenschaftlich fundierte Informationen zur Dienstplangestaltung in der Pflege zur Verfügung.

⁶⁵ Zum Beispiel durch innovative Konzepte wie die Einführung von sogenannten „Ampelkonten“ und „Springerpools“, Joker-Dienste etc..

⁶⁶ Broschüre Erfolgsfaktor Familie/bpa: Altenpflege – Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf – Gute Beispiele aus der Praxis; Broschüre BMFSFJ/DEVAP/VKAD: Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Altenhilfe. Aus der Praxis für die Praxis.

das Branchenportal Pflege der *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*⁶⁷, die Webseite der *Offensive Gesund Pflegen (OGP)* oder die Webseite des *Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)*⁶⁸. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft eine Förderung.

11. Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* vertieft ihre schon über 10 Jahre bestehende Zusammenarbeit mit dem Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* und dem *Deutschen Industrie- und Handelskammertag* mit dem Ziel, die Krankenhäuser für die Notwendigkeit und den Nutzen einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie verstärkt zu sensibilisieren. Bereits heute sind die Krankenhäuser eine große Gruppe mittelständischer Unternehmen im Netzwerk. Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* wird die gemeinsam erstellte Broschüre „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Krankenhaus“ (auch in elektronischer Form erhältlich) mit weiteren konkreten Beispielen überarbeiten und den Krankenhäusern elektronisch zur Verfügung stellen. Darüber hinaus plant sie, erneut eine eintägige Veranstaltung mit dem Unternehmensnetzwerk gemeinsam durchzuführen. Die Mitgliedschaft im Netzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ ist für die Unternehmen kostenfrei.
12. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* stellen ihren Mitgliedern Konzepte und Handlungsempfehlungen für kompetenz- und lebensphasenorientierten Personaleinsatz⁶⁹ und Personalentwicklung⁷⁰ zur Verfügung und bieten ihren Mitgliedern regionale Schulungen hierzu an. Dabei berücksichtigen sie auch Erkenntnisse aus den Förderprogrammen „Sozialpartnerrichtlinie“ und „Rückenwind“ des *Europäischen Sozialfonds (ESF)*, in denen seit 2014 ca. 100 Projekte zur Weiterbildung, Personalentwicklung und Gleichstellung im Gesundheits- und Pflegesektor durchgeführt worden sind.
13. Die *Verbände der Pflegeberufe* und die *Pflegekammern* erarbeiten gemeinsam mit den *Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen* eine Arbeitshilfe zur Umsetzung des sogenannten Magnet-Konzepts für den Bereich der Langzeitpflege. Die Erkenntnisse aus dem Projekt des *Pflegebevollmächtigten* (siehe oben) werden dabei einbezogen.

⁶⁷ https://www.bgw-online.de/DE/Home/Branchen/Pflege/pflege_node.

⁶⁸ www.dnbgf.de

⁶⁹ Zum Beispiel: Entlastung älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Pflegekräfte durch gesundheitschonende Rotationssysteme.

⁷⁰ Zum Beispiel: Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung in der Pflege (KoLaGe), Uni Vechta; FRESH – Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege, Pflege bewegt - Ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege, Arbeitnehmerfreundliche Arbeitsmodelle - Einführung kompetenzbasierter Laufbahnen (Niedersachsen) usw.

Handlungsfeld VII: Lebensphasengerechte Aufgabenverteilung im Betrieb

Die Pflegeberufe sind mit hohen körperlichen und seelischen Belastungen verbunden. In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass im Bereich der Pflege mit zunehmenden Alter (Altersgruppe >45 Jahre) die selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit abnimmt und ein zunehmender Teil dieser Gruppe sich zumindest mit dem Gedanken beschäftigt, den Pflegeberuf zu verlassen⁷¹. Damit gehen erfahrene Pflegefachpersonen und andere beruflich Pflegenden dem System verloren.

Die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzentrierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- den Anteil der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu erhöhen, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und Konzepte anwenden, die insbesondere auf die Zielgruppe älterer beruflich Pflegenden zugeschnitten sind,
- verstärkt die Möglichkeiten eines kompetenz- sowie lebensphasenorientierten Personaleinsatzes⁷² zu nutzen,
- Weiterbildungs- und Qualifizierungsangebote für ältere beruflich Pflegenden attraktiver zu gestalten.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erarbeiten zusammen mit dem Deutschen Pflegerat, den Pflegekammern und den Sozialpartnern und Mitgliedern der Arbeitsrechtlichen Organisationen der Kirchen sowie unterstützt durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege auf Grundlage arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse einen Werkzeugkasten zum Prozessaufbau von Konzepten, die – neben dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement – zum Beispiel spezielle berufliche Qualifizierungen im Sinne einer lebensphasenorientierten Personalentwicklung⁷³ für ältere beruflich Pflegenden vorsehen, ebenso wie Konzepte für „altersgemischte Teams“⁷⁴. Berufliche Qualifizierungen können zum Beispiel unter anderem vorwiegend beratende Tätigkeiten sein beziehungsweise Qualifizierungen oder Weiterbildungen, die die physischen und psychischen Belastungen entsprechend in dem Maße vermindern, wie es für einen Berufsverbleib erforderlich erscheint.⁷⁵
2. Die Pflegekammern beziehungsweise die Pflegeberufsverbände entwickeln ein Beratungsangebot für beruflich Pflegenden, die aufgrund ihrer persönlichen Situation einen Berufsausstieg in Betracht ziehen. Sie stellen dazu auch niedrigschwellig erreichbare Informationen öffentlich zur Verfügung und weisen auf die Fördermöglichkeiten für die Aus- und Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit⁷⁶, zum Beispiel auch zu Möglichkeiten der ökonomischen Absicherung im Rahmen einer Weiterbildung, hin.

⁷¹ Vgl. Älter werden im Pflegeberuf, https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-09-012_Aelter-werden-im-Pflegeberuf_Download.pdf%3F__blob%3DpublicationFile, 2014, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

⁷² Vgl. Rump und Eilers: Lebensphasenorientierte Personalpolitik: Strategien, Konzepte und Praxisbeispiele zur Fachkräftesicherung, 2014, Springer.

⁷³ Zum Beispiel im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung und von Mitarbeitergesprächen <http://www.inqa-kurzcheck-pflege.de/daten/check/index.htm>.

⁷⁴ Schmuch et al, Lebensphasenorientierte Beschäftigung von Frauen in der Pflege, Fachteil, Pflegewissenschaft, Ausgabe 1/2-2019.

⁷⁵ Beispielprojekt Betriebliche Gestaltung – die Arbeit für die Altenpflege-Kräfte altern(s)gerechter gestalten, <https://ffw-nuernberg.de/gesund-und-kompetent-aelter-werden-in-der-altenpflege-gekal-1/>, 2017.

⁷⁶ Vgl. <https://www.arbeitsagentur.de/karriere-und-weiterbildung/foerderung-berufliche-weiterbildung>.

3. Das *Bundesministerium für Gesundheit* wird bei entsprechendem Bedarf Informationen zum „Berufsverbleib im Pflegeberuf auch mit zunehmenden Alter“ im eigenen Internetauftritt zur Verfügung stellen.
4. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* entwickeln zusammen mit den *Pflegeberufsverbänden* und *Pflegekammern* eine Arbeitshilfe für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, mit der Führungskräfte Anzeichen für einen wahrscheinlichen Berufsausstieg von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erkennen können, geeignete Anreize und Maßnahmen sollen diese dann im Betrieb halten, zum Beispiel angepasste Arbeitszeitmodelle, Weiterbildungen oder Einsatz in anderen Aufgabenbereichen im betrieblichen Kontext.

Handlungsfeld VIII: Wertschätzung und Anerkennung

Ziel des Handlungsfelds ist, die öffentliche Wahrnehmung und Wertschätzung von beruflich Pflegenden in ihren Arbeitszusammenhängen zu stärken und die Pflegeberufe aufzuwerten. Zu den Rahmenbedingungen gehört, dass die Pflegeberufsverbände und Pflegekammern auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene in allen die Pflegeberufe betreffenden Angelegenheiten einbezogen werden.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die *Pflegekammern* erarbeiten unter Beteiligung interessierter *Partner der Konzentrierten Aktion Pflege* ein Glossar, das die gesetzlichen und fachlichen Begrifflichkeiten konsistent darstellt und erläutert. Sie stellen das Glossar sowie Bildmaterial, das die Berufstätigkeit in ihrer Vielfalt und mit ihren Kompetenzen adäquat darstellt, kostenfrei den Medien und der Öffentlichkeit zur Verfügung.
2. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* informieren ihre Mitglieder insbesondere in der Langzeitpflege über die Rolle der betrieblichen Interessenvertretung für die Erarbeitung betrieblicher Problemlösungen, für den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in betriebliche Belange.
3. Das *Bundesministerium für Gesundheit* hat eine gesetzliche Klarstellung zur Beteiligung der Berufsverbände im Qualitätsausschuss Pflege auf den Weg gebracht.
4. Die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* als obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wird den Ausstellungsbereich „Heilen und Pflegen“ der DASA – Arbeitswelt Ausstellung in Dortmund neu gestalten. Ab Herbst 2020 wird sich dieser Ausstellungsbereich auf 800 m² der Frage widmen, wie sichergestellt werden kann, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen unter sicheren und gesunden Bedingungen arbeiten können. Besonders viel Raum wird der Arbeit der beruflich Pflegenden gewidmet. Ziel ist es, die gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung für Pflegeberufe zu steigern.
5. Die *Partner in der Arbeitsgruppe 2 der Konzentrierten Aktion Pflege* setzen sich zum Ziel, eine positive Berichterstattung und gute Beispiele über die Tätigkeit in der Pflege⁷⁷ und über die Pflegeberufe zu platzieren.
6. Die *Pflegeeinrichtungen* und *Krankenhäuser* stellen auf ihren Homepages gut sichtbar Informationen zur Arbeit der beruflich Pflegenden in der Einrichtung zur Verfügung und benennen insbesondere Pflegenden in Leitungsfunktionen oder Projektverantwortliche wenn gewünscht auch namentlich.⁷⁸

⁷⁷ Zum Beispiel Projekt: Das Bündnis für attraktive Arbeitgeber in der Pflege, https://www.gute-arbeit-gute-pflege.de/informationen_zum_projekt/.

⁷⁸ Weitere Beispiele für die Förderung der Wertschätzung von berufliche Pflegenden siehe: Fuchs-Frohnhofen, Isfort et al. (Hrsg.): PflegeWert: Wertschätzung – erkennen – fördern – erleben, 2. Auflage 2019.

Mitglieder der Arbeitsgruppe 2

Vorsitz: Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder
Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.)
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V.
Bundesverband Pflegemanagement e.V.
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.
Deutscher Pflegerat e.V.
Deutscher Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Kranken- und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband)
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
Pflegekammern
Sozialpartner (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, ver.di)
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Verbände der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen nach § 118 SGB XI

Impressum der Arbeitsgruppe 2

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.bmg.bund.de

Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege mit

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin
www.bmas.de

Stand: Juni 2019



Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung

Vereinbarungstext

Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege

Arbeitsgruppe 3

Inhalt

Vorbemerkungen	91
Handlungsfeld I: Gestaltung neuer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen	92
1.1 Attraktive Aufgaben- und Verantwortungsbereiche schaffen und Kompetenzentwicklung befördern	92
1.2 Pflegerische Versorgung auf Basis des pflegewissenschaftlich fundierten Verständnisses von personenzentrierter Pflege ermöglichen	96
1.3 Heilkundeübertragung nach § 63 Absatz 3c SGB V umsetzen und Verordnungen nach § 63 Absatz 3b SGB V ermöglichen	100
1.4 Karrierewege in der Pflege aufzeigen	101
Handlungsfeld II: Digitalisierung und Zukunftstechnologien in der Pflege	102
2.1 Vernetzung der Leistungserbringer in der Telematikinfrastruktur	102
2.1.1 Die Pflege in die Telematikinfrastruktur einbinden	102
2.2 Digitalisierung im Verwaltungsverfahren	104
2.2.1 Papierlose elektronische Abrechnung von Leistungen vereinbaren	104
2.2.2 Elektronische Verordnungen für den flächendeckenden Einsatz in der Pflege erproben ..	106
2.3 Digitalisierung und technische Unterstützung in der Leistungserbringung	107
2.3.1 Elektronische Dokumentation als Standard anstreben	107
2.3.2 Vorteile der vernetzten Touren- und Dienstplanung nutzen	109
2.3.3 Mit Telepflege und Telemedizin räumliche Distanzen überwinden	110
2.3.4 Mit digitaler und technischer Unterstützung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern entlasten	112
2.3.5 Mit digitaler und technischer Unterstützung die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit verbessern	114
2.3.6 Zukunftstechnologien für die Pflege nutzbar machen	115
2.3.7 Beruflich Pflegende, pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige beim technischen Fortschritt mitnehmen	116
Handlungsfeld III: Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung und an den Schnittstellen zwischen pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung	118
Handlungsfeld IV: Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen und Flexibilisierung vertraglicher Gestaltungs- und Vergütungsmöglichkeiten	120
4.1 Innovative und bedarfsgerechte Angebotsstrukturen ermöglichen	120
4.2 Hilfen bei der Haushaltsführung stärken und Nachfrage decken	122
Mitglieder der Arbeitsgruppe 3	125

Vorbemerkungen

Die Pflegeberufe wie auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung befinden sich in einem dynamischen Wandel. Die Herausforderungen in der Versorgung erfordern innovative Versorgungsansätze, um Qualität und Effizienz weiter zu verbessern. Pflegefachpersonen gestalten als kompetente Partner eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit, die neben ihrer Pflegebedürftigkeit zunehmend multimorbid und/oder chronisch krank sind. Vor dem Hintergrund dieser komplexen Versorgungsbedarfe sind die Aufgaben und Rollen der an der Versorgung beteiligten Professionen zielorientiert, qualitativ hochwertig, effektiv und effizient zu gestalten. Ein besonderes Innovationspotenzial bietet zudem die Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Hier gilt es, unterstützt durch den Einsatz von digitalen und technischen Lösungen sowie Zukunftstechnologien, die Arbeitsverdichtung in der Pflege zu verringern und so mehr Zeit für die personenzentrierte¹ Pflege und Betreuung zu schaffen.

Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ bereits im Jahr 2007 auf die Bedeutung von interprofessionell kooperierenden Berufsgruppen mit flachen Hierarchien und vernetzten Teamstrukturen für die Qualität der Versorgung, Patientensicherheit, Verringerung der unterschiedlichen Morbiditätslast von Menschen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status und insbesondere auch für die Arbeitszufriedenheit innerhalb der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen hingewiesen. Die Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege unterstreicht die Schlussfolgerungen des Sachverständigenrats und weist ergänzend darauf hin, dass die sachgerechte Ausgestaltung der Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche von Pflegefachpersonen maßgeblich für die Qualität der Versorgung und die Motivation, einen der Pflegeberufe zu ergreifen, ist.

Vor diesem Hintergrund hat die Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege (Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung) unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit Maßnahmen vereinbart, mit denen neue Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachkräfte (Aufgabenverteilung auf Versorgungsebene) identifiziert und umgesetzt werden können. Darüber hinaus sollen durch die Gestaltung innovativer Versorgungsansätze unter Einbeziehung digitaler Lösungen und unter Mitwirkung der in der Pflege Beschäftigten ein passgenauer Einsatz von Pflegefachpersonen sowie eine Entlastung von beruflich Pflegenden bewirkt werden.

Die Umsetzung aller Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 3 wird von der Geschäftsstelle der Konzierten Aktion Pflege im Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen eines Monitorings durch begleitende Studien und Berichterstattung der Partner an das Bundesministerium für Gesundheit nachgehalten. Über den Stand der Umsetzung wird das Bundesministerium für Gesundheit berichten; ein Bericht wird erstmals im Jahr 2020 veröffentlicht. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 unterstützen die Geschäftsstelle bei der Durchführung des Monitorings.

¹ Der Begriff „personenzentriert“ im Vereinbarungstext beschreibt einen pflegewissenschaftlichen Ansatz. Aussagen zum Leistungsrecht der Pflegeversicherung sind damit nicht verbunden.

Handlungsfeld I: Gestaltung neuer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen

Die Pflegeberufe werden insbesondere als attraktiv angesehen, wenn Pflegefachpersonen Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftige Menschen fachgerecht versorgen können und in ihren Kompetenzen durch die an der Versorgung beteiligten Berufe, die versorgten Menschen und die breite Öffentlichkeit anerkannt und geschätzt werden. Die wesentlichen Grundlagen für die Stärkung der Wertschätzung und der Fachlichkeit der Pflegefachpersonen in ihren gegenwärtigen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen und für die Gestaltung neuer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sind:

- Pflegefachpersonen durch entsprechende Rahmenbedingungen zu ermöglichen, dass entsprechend ihrem beruflichen Kompetenzprofil Pflegebedürftige sowie Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung eines pflegewissenschaftlich fundierten Verständnisses von Pflege und der pflegefachlichen Anforderungen kompetent versorgt und in ihrer Selbständigkeit und ihren Selbstpflegekompetenzen unterstützt werden können,
- ein gemeinsames Verständnis für eine teamorientierte, interprofessionelle Zusammenarbeit der an der medizinischen, sozialen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu schaffen²,
- die Anwendung und Weiterentwicklung von professionell abgestimmten Leistungsniveaus³ für den spezifischen Beitrag der Pflege zur Versorgung in Verbindung mit pflegebezogenen Handlungsrichtlinien (Prozessbeschreibungen) voranzutreiben,
- die Entwicklung eines Rahmens für Pflegefachpersonen, in dem sie bei Vorliegen der formalen und materiellen Qualifikation (Kompetenzen) die standardisierten (festgelegten) Prozeduren oder Maßnahmen eigenständig übernehmen können.

1.1 Attraktive Aufgaben- und Verantwortungsbereiche schaffen und Kompetenzentwicklung befördern

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen zu befördern,
- den Prozess der interprofessionellen und teambasierten Zusammenarbeit⁴ voranzutreiben,
- sicherzustellen, dass die Kompetenzen der Pflegefachpersonen auf der Grundlage der im Pflegeberufegesetz definierten Vorbehaltstätigkeiten genutzt werden,
- insbesondere durch Überprüfung und Systematisierung der aktuell gelebten Delegationsprozesse einen rechtssicheren Handlungsrahmen für Pflegefachpersonen zu entwickeln und dabei die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu stärken.

² Vgl. Ausbildungsoffensive Pflege, Handlungsfeld III, Punkt 3.4, Ziffer 1.

³ Zum Beispiel Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz.

⁴ Smith, Horras und Buckwalter haben wissenschaftlich belegt, dass alle Mitglieder des multidisziplinären Teams gleich wichtig für die Patientenbetreuung sowie für das Pflegeergebnis sind. Vgl. Smith, M.; Horras, S.; Buckwalter, K.: Nurse-to-nurse. Consultation in geriatric nursing practice Nursing 19, 1998, 1: S. 38–43. Vgl. dazu auch: G+G Spezial, Gut abgestimmt, https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/mediathek/spezial_3-18_pflege_ansicht.pdf, 2018.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:⁵

1. Das Bundesministerium für Gesundheit wird die Entwicklung eines **Strategieprozesses zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich** unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Einbeziehung insbesondere von Pflegeberufsverbänden und Pflegekammern⁶, der Bundesärztekammer und aller weiteren relevanten Akteure⁷ initiieren. Inhalt des Strategieprozesses ist eine systematische Analyse von Versorgungsprozessen unter Beteiligung der Pflege und die Klärung ihrer zukünftigen Rolle in diesen Versorgungsprozessen. In einem weiteren Schritt sollen die Verfahren der Zusammenarbeit zwischen den an diesen Versorgungsprozessen beteiligten Akteuren geklärt und fachliche (Qualitäts-) Standards für diese Zusammenarbeit geschaffen werden. Dabei soll ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass die Versorgung der Zukunft einer interprofessionellen Teamarbeit bedarf, in der es vorrangig um Kompetenzen und ihre Zuordnung zu fachlichen Tätigkeiten geht. Themen des Strategieprozesses sind auch die Ausgestaltung von Versorgungsprozessen durch den Einsatz von Poolkompetenzen sowie die Entwicklung innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen. In den Strategieprozess werden auch Möglichkeiten der Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen und weiterer Verordnungskompetenzen, zum Beispiel für Hilfsmittel, einbezogen. Die Erkenntnisse aus dem Verständigungsprozess, der in AG 1 unter HF 3.4., Ziffer 1 vereinbart ist, werden dabei berücksichtigt. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege unterstützen dieses Vorhaben.⁸
2. In die Liste der im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zugeordneten Berufe wurden die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie die Altenpflegerinnen und Altenpfleger aufgenommen und aus formellen Gesichtspunkten dem Niveau 4 zugeordnet. Im DQR erhalten damit sowohl die staatlich geprüfte Fachkraft für Pflegeassistenz (ein- oder zweijährige Ausbildung) als auch die nichtakademischen Angehörigen der Heilberufe nach Art. 74 Nr. 19 GG, insbesondere Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit ihren dreijährigen Ausbildungen das identische Kompetenzniveau 4.

⁵ Es wird darauf hingewiesen, dass die Arbeitsgruppe 1 der Konzertierte(n) Aktion Pflege im dortigen Handlungsfeld III, Punkt 3.4 Vereinbarungen zur Frage, wie das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickelt werden kann, getroffen hat. Die Arbeitsgruppe 3 hat diese Vereinbarungen in ihren Beratungen berücksichtigt.

⁶ Siehe darüber hinaus zur Mitwirkung der Vereinigung der Pflegenden in Bayern Verweis in Arbeitsgruppe 2, Seite 46, Fußnote 7

⁷ Hierzu zählen insbesondere ver.di, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Bundespsychotherapeutenkammer, GMK, ASMK, GKV-Spitzenverband, Verbände der Pflegeeinrichtungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL) e.V.; Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.; Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V.; Verband Deutscher Podologen (VDP e.V.) Bundesverband und gegebenenfalls weitere Akteure.

⁸ Damit wird auch das Anliegen der Koalitionsvertrags 2018 aufgegriffen, die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen auszubauen und zu verstärken und für eine sektorenübergreifende Versorgung weitere nachhaltige Schritte einzuleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.

Die *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege*⁹ bitten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend der Bund-Länderkoordinierungsstelle DQR einen Zuordnungsvorschlag zur Neueinordnung der Pflegeberufe in den DQR zur Prüfung vorzulegen. Ziel sollte es aus Sicht der *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege* sein, die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und die Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie perspektivisch die Pflegefachfrau, den Pflegefachmann, die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger und die neuen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem Pflegeberufegesetz dem Niveau 5 und die Abschlüsse der neuen hochschulischen Pflegeausbildung sowie Fachweiterbildungen einem im Vergleich zur Pflegeberufsausbildung höheren Niveau zuzuordnen. Diese Prüfung beinhaltet auch die Angleichung zum Europäischen Qualifikationsrahmen. (EQR).

3. Von Pflege(fach)personen und betrieblichen Interessenvertretungen wird berichtet, dass die gelebte Delegationspraxis von therapeutischen Maßnahmen¹⁰ in ambulanten und insbesondere stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern nicht selten die Frage nach der Delegationsfähigkeit der delegierten Maßnahme und der Rechtssicherheit der Delegation aufwirft. Die *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege* sehen hier einen Bedarf der Systematisierung und Optimierung der Delegationspraxis im Sinne einer Transparenzförderung auf allen Ebenen, insbesondere aber auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit; sie fordern daher die *Bundesärztekammer*, die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* sowie die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* auf, sich konstruktiv an diesem Prozess der Systematisierung und Optimierung der Delegationspraxis zu beteiligen.¹¹ Die Entwicklung gemeinsamer Delegationsleitlinien unter Beteiligung der *beruflichen Interessensvertretungen* sowie der *medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften* könnte zu mehr Rechtssicherheit beitragen.¹²

⁹ Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) ist ein Transparenzinstrument. Sein Nutzen liegt darin, zu verdeutlichen, auf welchem Niveau die Kompetenzen angesiedelt sind, die mit einer Qualifikation erworben werden. Dadurch macht er auch deutlich, dass verschiedenartige Lernergebnisse aus verschiedenen Bildungsbereichen gleichwertig sein können. Dies bedeutet jedoch nicht, dass mit der Zuordnung einer Qualifikation zu einem DQR-Niveau neue Berechtigungen verbunden sind, die die Zulassung zu Bildungsgängen, die Anrechnung oder Anerkennung von Bildungsergebnissen im In- oder Ausland und tarif- oder laufbahnrechtliche Fragen betreffen. Bestehende tarif- oder besoldungsrechtliche Regelungen werden vom DQR nicht berührt. Beim DQR geht es um die Vergleichbarkeit von Kompetenzprofilen, nicht um eine tarif- oder besoldungsrechtliche Gleichstellung von Qualifikationen. In die hier bestehenden Zuständigkeiten greift der DQR in keiner Weise ein. Mit der Zuordnung eines bestimmten Niveaus im DQR ist keine Festlegung hinsichtlich einer nichtakademischen oder aber akademischen beziehungsweise hochschulischen Ausbildung, sondern eine Darstellung von verschiedenen Qualifikationsstufen verbunden. Alle 17 Berufsfachschulausbildungen im Gesundheitswesen sind dort derzeit ebenso wie die 502 dualen Berufsausbildungen einheitlich dem Niveau 4 zugeordnet (Quelle: www.dqr.de). Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände spricht sich gegen eine Zuordnung auf DQR Niveau 5 aus.

¹⁰ Vgl. Klie: Rechtskunde: Das Recht der Pflege alter Menschen, 11. überarbeitete Auflage, 2017, Springer Verlag.

¹¹ Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind keine Mitglieder der Konzertierten Aktion Pflege. Maßnahmen, die sich an diese Institutionen richten, stellen keine Selbstverpflichtungen dar.

¹² Vgl. Achterfeld, Claudia: Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, Springer Verlag, 2014.

4. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* entwickeln unter Beteiligung der *Pflegekammern*, der *Pflegeberufsverbände*, von *ver.di* und der *Ärzeschaft* und unter Einbeziehung von juristischen Expertinnen und Experten sowie der betrieblichen Interessenvertretungen für die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser rechtssichere Muster-Delegationskonzepte.
5. Die *Pflegeeinrichtungen* und die *Krankenhäuser* setzen in ihren Einrichtungen einrichtungsspezifische Delegationskonzepte unter Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen um, um die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch aus der Pflege, für diese verbindlich zu klären.

1.2 Pflegerische Versorgung auf Basis des pflegewissenschaftlich fundierten Verständnisses von personenzentrierter Pflege ermöglichen

Die pflegerischen Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden in der Fachexpertise „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“¹³ veranschaulicht. Dabei wird die Stärkung der Selbständigkeit von Pflegebedürftigen sowie Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns gestellt und auch die große Bedeutung des Ausbaus pflegerischer Aufklärung, Beratung und Anleitung hervorgehoben.¹⁴ Dieser Ansatz wird ebenso durch den Beirat zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 18c SGB XI bestätigt, der mit einer Arbeitsgruppe derzeit eine Roadmap erarbeitet, die Pflegefachpersonen dabei unterstützen soll, entsprechend ihrem beruflichen Selbstverständnis zu pflegen. Die pflegerischen Aufgaben finden sich auch in der Beschreibung des International Council of Nursing wieder. Diese beinhalten: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern sowie das Leben und die Würde des Menschen zu achten.

Bereits im Rahmen der Aus- und Weiterbildung ist für die Langzeitpflege wie auch für die Akutpflege ein entsprechender Kompetenzerwerb erforderlich. Im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der die Stärkung der Selbständigkeit von Pflegebedürftigen sowie Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns stellt¹⁵, wurde in § 5 Abs. 2 Satz 4 des Pflegeberufgesetzes ausdrücklich verdeutlicht, dass Pflege auch die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen unterstützt und deren Recht auf Selbstbestimmung achtet. Dass Pflegefachpersonen die hierzu erforderlichen Fähigkeiten erwerben sollen, wurde in den Ausbildungszielen des § 5 Abs. 3 Pflegeberufgesetz verankert.

Das wissenschaftlich fundierte personenzentrierte Pflegeverständnis, das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich in der Pflegeversicherung verankert wurde, ist zugleich Grundlage vieler pflegerischer Maßnahmen. So basiert beispielsweise das Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation¹⁶ ebenso auf dem pflegewissenschaftlichen Pflegeverständnis wie die Neuausrichtung der

¹³ K. Wingenfeld (IPW Bielefeld) und A. Büscher (Hochschule Osnabrück): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf.

¹⁴ Der Ausbau von pflegerischer Aufklärung, Beratung und Anleitung ist eine wichtige Aufgabe, aber auch eine große Herausforderung für die qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Sowohl die konzeptionellen Voraussetzungen als auch die benötigten Fachqualifikationen sind in Deutschland verhältnismäßig schwach entwickelt – im Unterschied zu anderen Ländern, in denen edukative Maßnahmen und Konzepte zum Teil schon seit Jahrzehnten fester Bestandteil der Pflege sind (vgl. zum Beispiel Petermann 1998, Klug, Redman 1996, Lorig 1996).

¹⁵ Vgl. A. Büscher, 2019: Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit als Grundlage zur Steuerung des Pflegeprozesses führt dazu aus: „Die fachwissenschaftlichen Grundlagen des Begriffs der Pflegebedürftigkeit sind [...] nicht an ein bestimmtes Pflegesetting gebunden. Die dargestellten grundsätzlichen fachlichen und pflegewissenschaftlichen Fragen besitzen auch im Kontext der Pflege im Krankenhaus eine hohe Relevanz. Bislang ist es dort jedoch noch nicht gelungen, eine umfassende Integration der wissenschaftlichen Überlegungen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu vollziehen. Für die Steuerung von Pflegeprozessen im Krankenhaus sind daher sicherlich weitergehende Überlegungen erforderlich. Dabei sollte auf die Entwicklungen in der Pflegeversicherung, insbesondere die Erfahrungen bei der Implementierung des Strukturmodells, zurückgegriffen werden.“

¹⁶ E. Beikirch et al. (Projektbüro) und Prof. Dr. M. Roes (Begleitevaluation), Univ. Witten/ Herdecke (DZNE), Abschlussbericht im Auftrag des BMG: Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege, https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf.

Qualitätssicherung, insbesondere die neuen Qualitätsindikatoren und die damit verbundene Qualitätsberichterstattung für Pflegeeinrichtungen. Auch für das Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI ist gesetzlich vorgesehen, dass dieses unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des seit dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeitet werden soll. Die genannten Maßnahmen sind daher Teil einer Gesamtstrategie, mit der eine fachgerechte, an der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen orientierte pflegerische Versorgung unter Nutzung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen umgesetzt werden soll.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Stärkung der Fachlichkeit und Attraktivität des Berufsbildes durch die Umsetzung eines wissenschaftlich fundierten Verständnisses von personenzentrierter Pflege, auch auf der Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, in allen Versorgungsbereichen zu befördern,
- die Entwicklung von geeigneten Konzepten zur Umsetzung eines wissenschaftlich fundierten Verständnisses von personenzentrierter Pflege voranzutreiben und die Schaffung der vertraglichen und gegebenenfalls gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung weiter zu befördern,
- die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser dabei zu unterstützen, effiziente betriebliche Prozesse für eine Versorgung auf Grundlage eines wissenschaftlich fundierten Verständnisses von personenzentrierter Pflege unter Einbeziehung der Dokumentation und des Qualitätsmanagements zu etablieren. In der Langzeitpflege gilt es insbesondere auch, die weitere Implementierung und Verstetigung des Strukturmodells für eine effiziente Pflegedokumentation voranzutreiben.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege sehen für die Umsetzung eines wissenschaftlich fundierten Pflegeverständnisses die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Qualifizierungsstrategie bereits ausgebildeter Pflegefachpersonen, aber auch die Notwendigkeit, dass die erforderlichen Fachkompetenzen durch Lehrende an den Schulen und Hochschulen vermittelt werden können. Zudem ist es erforderlich, dass die Auszubildenden in der Pflege einen Überblick über die verschiedenen, aktuell fachlich gleichermaßen anerkannten Pflegeprozessmodelle und Pflegediagnosen erhalten. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege bitten daher die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, bei der Erarbeitung der Rahmenlehrpläne auch die in der Fachexpertise von Wingenfeld/Büscher enthaltenen Inhalte des Pflegeverständnisses auf Basis des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie zum Beispiel das dem Strukturmodell zugrundeliegende Pflegeprozessmodell mit dem Fokus der Personenzentrierung in allen Phasen der Ausbildung entsprechend zu berücksichtigen. Sie werben zudem in den Einrichtungen weiter für die Umsetzung des Strukturmodells und nutzen die im Rahmen des durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung geförderten Projekts „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ ausgebildeten Multiplikatoren für Schulungen des Pflegepersonals.
2. Der Entwicklung von kommunikativen und beratenden Kompetenzen einschließlich von Prozessen der Aushandlung und Verständigung kommt insbesondere vor dem Hintergrund von pflegerischen Aufgaben wie der Anleitung, Beratung und Edukation eine große Bedeutung zu. Diese Kompetenzen müssen durch qualifizierte Lehrende vermittelt werden. Die qualitätsgesicherte Umsetzung liegt insbesondere in der Verantwortung der Pflegeschulen/Hochschulen und Weiterbildungseinrichtungen. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege bitten daher die Pflegeschulen und Hochschulen, für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer die Teilnahme an spezifischen Fort- und Weiterbildungsangeboten zu ermöglichen, die die professionellen Kompe-

tenzen insbesondere zur Konzeption und Durchführung von Lehr-/Lernangeboten zur Förderung der kommunikativen und insbesondere beraterischen Kompetenz und zur Erschließung von Informationen fördern.

3. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* unterstützen ihre Mitglieder in der pflegekonzeptionellen Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Pflegeverständnisses in den ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen.
4. Der *Deutsche Pflegerat*, die *Pflegekammern*, die *Pflegeberufsverbände* und die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und *ver.di/BiG (Bildungsinstitut im Gesundheitswesen)* entwickeln Fortbildungsangebote zur Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Pflegeverständnisses sowie zur Weiterentwicklung von kommunikativen Kompetenzen für Pflegefachpersonen. Die *Länder* unterstützen diesen Prozess und beziehen die Bildungsträger mit ein.
5. Die *Pflegeeinrichtungen* und *Krankenhäuser* stellen sicher, dass insbesondere den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern in den Einrichtungen zur Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Pflegeverständnisses ausreichend Ressourcen zur Wissensvermittlung zur Verfügung stehen. Die *Länder* unterstützen diesen Prozess.
6. Pflegefachpersonen sollen Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige auf Grundlage des wissenschaftlich fundierten Pflegeverständnisses und entsprechend ihrem beruflichen Selbstverständnis fachgerecht versorgen können. Die *Leistungsträger und Leistungserbringer nach § 75 SGB XI* wirken darauf hin, dass in den Landesrahmenverträgen für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff und das darauf basierende wissenschaftlich fundierte Pflegeverständnis umgesetzt wird und schaffen damit einen strukturellen Rahmen für die Umsetzung der pflegerischen Aufgaben. Dazu gehört insbesondere eine Anpassung der Aufgaben- und Leistungsbeschreibungen. In der ambulanten Pflege kann auch eine Zeitvergütung¹⁷ dazu beitragen, eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. In diesem Rahmen können beispielsweise auch besondere Schwerpunkte bei der Anleitung und Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen gesetzt werden, um die häusliche Versorgung zielgerichtet zu stabilisieren und etwa auf den Erhalt von Fähigkeiten oder die Verbesserung der Selbstständigkeit oder die Förderung der Entwicklung bei pflegebedürftigen Kindern, zum Beispiel durch eine Stärkung der Selbstpflegekompetenz, hinzuwirken.
7. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen*, die *Pflegekammern* und *Pflegeberufsverbände* entwickeln fachliche Konzepte zur Umsetzung des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege. Dabei sollen auch Konzepte zur Umsetzung der Zeitvergütung in der ambulanten Pflege entwickelt werden. Der *GKV-Spitzenverband* prüft die Vergabe einer unabhängigen Studie zur Umsetzung der Zeitvergütung in der ambulanten Pflege im Rahmen seines Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Der *Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege* prüft Fördermöglichkeiten für fachliche Erklärfilme, die sich gezielt an beruflich Pflegende richten.
8. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* entwickeln unter Beteiligung des *GKV-Spitzenverbands*, des *PVK-Verbands* und des *Bundesministeriums für Gesundheit* bis Ende 2019 eine Implementierungsstrategie, um die Pflegeeinrichtungen bei der konzeptionellen und konkreten praktischen Umsetzung der unterschiedlichen, aber inhaltlich eng verknüpften Maßnahmen - Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation, Neuausrichtung der

¹⁷ K. Wingenfeld (IPW Bielefeld) und A. Büscher (Hochschule Osnabrück): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf, Seite 14 ff.

Qualitätssicherung - zu unterstützen. Die Umsetzung soll möglichst effizient und ohne größere Belastungen für die Pflegeeinrichtungen erfolgen. Im Rahmen dieser Strategie sollen auch Handreichungen für die Praxis und Schulungsmaterialien entwickelt, insbesondere Instrumente und Verfahren der Digitalisierung genutzt und hierfür über einen begrenzten Zeitraum auch konkrete Hilfestellungen für die Pflegeeinrichtungen angeboten werden können.

9. Das *Bundesministerium für Gesundheit* fördert¹⁸ Konzepte zur verbesserten Zusammenarbeit von beruflich und informell Pflegenden mit dem Ziel, die Fachlichkeit von beruflich Pflegenden dazu zu nutzen, pflegende Angehörige besser zu unterstützen. Dabei soll auch die Frage überprüft werden, in welchen Bereichen spezielle Angebote für pflegende Angehörige ausgebaut werden sollten.¹⁹
10. Die *Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI, die Pflegekassen, die Verbände der Pflegeeinrichtungen* und das *Bundesministerium für Gesundheit* klären die pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörige über die neue Definition von Pflegebedürftigkeit und die daraus folgende Neuausrichtung von Leistungsangeboten auf.

¹⁸ Das Bundesministerium für Gesundheit muss das Budgetrecht des Deutschen Bundestages beachten. Alle finanzwirksamen Maßnahmen stehen unter dem Vorbehalt der Mittelverfügbarkeit sowie unter dem Vorbehalt des Haushaltsgesetzgebers.

¹⁹ Vgl. Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf, Seite 26.

1.3 Heilkundeübertragung nach § 63 Absatz 3c SGB V umsetzen und Verordnungen nach § 63 Absatz 3b SGB V ermöglichen

Im Rahmen des unter Ziffer 1.1 vorgesehenen Strategieprozesses ist eine systematische Analyse von Versorgungsprozessen unter Beteiligung der Pflege und die Klärung ihrer zukünftigen Rolle in diesen Versorgungsprozessen vorgesehen. Dabei ist es den Partnern der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege ein Anliegen, auch bestehende Möglichkeiten der Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben zu unterstützen. Die gesetzlichen Regelungen zur Heilkundeübertragung nach § 63 Absatz 3c SGB V wurden bisher kaum genutzt. Im Pflegeberufegesetz wird die Möglichkeit des Kompetenzerwerbs zur Heilkundeübertragung ausgebaut.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zur Heilkundeübertragung nach § 63 Absatz 3c SGB V besser genutzt und Hürden der Umsetzung abgebaut werden,
- die gesetzliche Regelung des § 63 Absatz 3b SGB V umzusetzen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Für die Umsetzung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V ist die Nutzung von Vordrucken aus der vertragsärztlichen Versorgung für die Erprobung im ambulanten Bereich gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 63 Absatz 3c SGB V in der Fassung vom 20. Oktober 2011 eine notwendige Voraussetzung. Die *Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierte(n) Aktion Pflege* fordern die *Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte* auf, bis zum 31. Dezember 2019 eine Vereinbarung zu schließen, nach der in den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V die Vordrucke aus der vertragsärztlichen Versorgung zur Verordnung von Hilfsmitteln verwendet werden können. Das schließt auch eine Regelung zur Trennung der Verordnungen im Rahmen der Modellversuche von Verordnungen der vertragsärztlichen Versorgung ein.²⁰
2. Der *GKV-Spitzenverband*, die *Kranken- und Pflegekassen* und die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* sowie die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* verpflichten sich im Rahmen des § 63 Absatz 3b SGB V in einem ersten Schritt die Verordnung von Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen in der teil- und vollstationären und häuslichen Pflege beziehungsweise häuslichen Krankenpflege ab Ende 2019 im Rahmen von Modellvorhaben zu erproben. Sie fordern die *Bundesärztekammer* und die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* auf, diesen Prozess zu unterstützen. In den Modellvorhaben werden auch die erforderlichen fachlichen Kompetenzen zur Verordnung von Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen festgelegt. Die weitere Umsetzung von § 63 Abs. 3b SGB V wird im Rahmen des Strategieprozesses (vergleiche Handlungsfeld 1.1, Ziffer 1.) geprüft. Erfolgreiche Modellvorhaben sollen zeitnah in die Regelversorgung übergehen, damit eine Verlässlichkeit der Rahmenbedingungen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt gewährleistet werden kann.
3. Der *GKV-Spitzenverband* legt dem *Bundesministerium für Gesundheit* alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2020, einen Bericht zu den aktuellen, geplanten beziehungsweise durchgeführten Modellprojekten im Rahmen des § 63 Absatz 3b und 3c SGB V vor.

²⁰ Das Bundesministerium für Gesundheit prüft, ob § 293 SGB V gegebenenfalls um einen Absatz 8 dahingehend ergänzt werden muss, dass die Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte eine Vereinbarung treffen, wonach im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V Leistungserbringer- und Betriebsstättennummern zur Verwendung auf den Vordrucken aus der vertragsärztlichen Versorgung vergeben werden müssen. Diese wären dann bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu verwenden.

1.4 Karrierewege in der Pflege aufzeigen

Gegenwärtig gibt es bei vielen an der Pflege als berufliche Option Interessierten noch zu wenig Klarheit darüber, welche beruflichen Möglichkeiten in der Pflege unter Einbeziehung auch hochschulischer Ausbildungsmöglichkeiten bestehen. Hierzu hat zum Beispiel die Arbeitsgruppe im Projekt „360 Grad Pflege“ einen Überblick über potenzielle Karrierewege in der Pflege zusammengestellt und veröffentlicht; auch das Berufenet²¹ der Arbeitsagentur bietet hierzu zahlreiche Informationen. Gerade die Weiterentwicklungsmöglichkeiten sind für viele Berufs- und Weiterqualifizierungsinteressierte ein wichtiger Entscheidungsfaktor und tragen wesentlich zur Attraktivität des Berufes bei.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Pflegeberufsverbände und Pflegekammern sowie ver.di stellen gemeinsam mit den Bildungsträgern der Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegeberufe eine Übersicht über die Entwicklungsmöglichkeiten in der Pflege, auch im hochschulischen Bereich, zusammen und stellen sie den Partnern der Konzertierten Aktion Pflege zur Verfügung.
2. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege unterstützen die Verbreitung dieser Übersicht in ihren jeweiligen Netzwerken.

²¹ <https://www.qualifikationsmix-pflege.de/karrierewege/> oder auch das Berufenet der Arbeitsagentur bietet zahlreiche Informationen <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index;BERUFENET-JSESSIONID=ufbng64k12egFb-ARwbgdMRuMzRPg3ascsvFybuejn0NBS7LYXti!300371365?path=null>.

Handlungsfeld II: Digitalisierung und Zukunftstechnologien in der Pflege

Durch technologische und digitale Unterstützung können beruflich Pflegende entlastet, die Autonomie von Pflegebedürftigen gestärkt und die Attraktivität des Berufsbildes gesteigert werden. Doch der Einsatz neuer Technologien in der Pflege begegnet spezifischen Herausforderungen, die politisch und gesellschaftlich debattiert werden müssen. Hierunter fallen unter anderem Fragen zum Nutzen für den Anwender, zur Haftung und Sicherheit, zum Schutz sensibler Daten, zu ethischen Aspekten sowie zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege sehen es daher als erforderlich an,

- die Arbeitsverdichtung in der Pflege durch den Einsatz von digitalen und technischen Lösungen sowie Zukunftstechnologien zu verringern und mehr Zeit für die personenzentrierte Pflege und Betreuung zu schaffen,
- die Vorteile der Digitalisierung durch Good-Practice-Vorhaben aufzuzeigen, um Anreize für die Verbreitung in der Fläche zu schaffen,
- neue Technologien gemeinsam mit den beruflich Pflegenden, Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegeeinrichtungen zu entwickeln, zu erproben, in der Praxis zu implementieren und die Kompetenzen der beruflich Pflegenden an den dynamischen technologischen Wandel anzupassen,
- beruflich Pflegende aktiv und frühzeitig einzubeziehen, wenn Geschäftsprozesse digitalisiert und technische Innovationen etabliert werden sollen und dabei ausreichende Ressourcen zur Qualifizierung einzuplanen,
- den Austausch mit allen betroffenen Personengruppen darüber zu befördern, wie eine fachlich angemessene und personenzentrierte Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung des Einsatzes moderner Technik gelingen kann.

2.1 Vernetzung der Leistungserbringer in der Telematikinfrastruktur

2.1.1 Die Pflege in die Telematikinfrastruktur einbinden

Die Bundesregierung setzt sich für eine moderne einrichtungs- und sektorenübergreifende Kommunikation und Nutzbarkeit wichtiger medizinischer Gesundheitsdaten durch eine sichere digitale Dateninfrastruktur – die Telematikinfrastruktur – ein. Innerhalb der Telematikinfrastruktur werden sich alle relevanten Akteure des Gesundheitswesens auf elektronischem Wege sicher, einfach und schnell über den Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen beziehungsweise der Patientinnen und Patienten austauschen können. Zeit- und personelaufwändige telefonische und persönliche Nachfragen zwischen Behandlern werden reduziert. Das entlastet nicht nur die beruflich Pflegenden, sondern bietet auch die Chance, die pflegfachliche Expertise verstärkt einzubeziehen und die Versorgung von Pflegebedürftigen beziehungsweise Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur anzubinden.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahme:
Das Bundesministerium für Gesundheit legt mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation die entsprechenden rechtlichen Regelungen vor, um auch die Pflege in die Telematikinfrastuktur einzubinden. Der Referentenentwurf enthält ebenso Festlegungen zu den Lese- und Schreibrechten für die beruflich Pflegenden, insbesondere Pflegefachpersonen, sowie zur Finanzierung der notwendigen technischen Ausstattung und deren Betrieb.

2.1.2 Den Datenaustausch in der Telematikinfrastuktur für die Pflege nutzbar machen

Mit dem Anschluss der Pflege an die Telematikinfrastuktur ist ein erster Schritt getan, um einen Austausch der Akteure des Gesundheitswesens zu befördern. In einem zweiten Schritt werden die Weichen gestellt, mit denen die inhaltlichen Anforderungen von künftigen Telematik-Anwendungen wie zum Beispiel eine E-Pflegeakte, ein elektronisches Entlassmanagement oder E-Verordnungen für die häusliche Krankenpflege festgelegt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit überträgt mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufgabe, die Festlegungen dafür zu treffen, dass medizinische Informationen in der elektronischen Patientenakte von allen Anwendern und in den beteiligten Systemen einrichtungübergreifend einheitlich verstanden werden können. Damit auch künftige pflegerelevante Anwendungen in der Telematikinfrastuktur den Erwartungen ihrer Anwender gerecht werden, müssen die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege und der GKV-Spitzenverband unter frühzeitiger Einbeziehung von beruflich Pflegenden, Standardisierungsexperten und der Industrie einen wesentlichen Beitrag leisten. Denn vor allem die künftigen Anwender wissen, wie sie den Datenaustausch in der Telematikinfrastuktur für die Praxis am besten gestalten.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege an der inhaltlichen Gestaltung von pflegerelevanten und interprofessionellen Anwendungen in der Telematikinfrastuktur mitwirken.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahme:

Das Bundesministerium für Gesundheit stellt gesetzlich sicher, dass die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege bei künftigen Anwendungen in der Telematikinfrastuktur qualifiziert beteiligt werden, sofern sie die Arbeit der beruflich Pflegenden betreffen.²² Zudem erwartet das Bundesministerium für Gesundheit von den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, dass diese künftige pflegerelevante Anwendungen aktiv gestalten. Hierunter gehören insbesondere Festlegungen, die gewährleisten, dass pflegerische Informationen von allen Anwendern und in den beteiligten Systemen einrichtungübergreifend einheitlich verstanden werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit klärt mit den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege und dem GKV-Spitzenverband, wer diese Aufgabe übernehmen wird.

²² Dies betrifft nicht das Notfalldatenmanagement und den E-Medikationsplan.

2.2 Digitalisierung im Verwaltungsverfahren

2.2.1 Papierlose elektronische Abrechnung von Leistungen vereinbaren

Zahlreiche ambulante Pflegedienste rechnen bereits Pflegesachleistungen im Datenträgeraustausch elektronisch ab. Sie müssen aber immer noch zusätzlich die Leistungsnachweise mit den Unterschriften der Versicherten in Papierform an die Pflegekassen versenden. Dieses aufwändige Verfahren verursacht unnötige Verwaltungsprozesse, nicht zuletzt auch dadurch, dass die Pflegedienste ausführliche Ausfüllhinweise für die Papierbelege beachten müssen, um deren Maschinenlesbarkeit zu gewährleisten. Mit der Änderung des § 105 Abs. 2 SGB XI im Bürokratieentlastungsgesetz II vom 30. Juni 2017 wurde der Grundstein dafür gelegt, dass das Datenaustauschverfahren mit Leistungsnachweisen in Papierform durch eine vollständige elektronische Datenübertragung ersetzt werden kann. Durch eine elektronische Abrechnung einschließlich aller Nachweise könnten die ambulanten Pflegeeinrichtungen nach Berechnungen des *Statistischen Bundesamtes* sechs Minuten je Versicherten einsparen. Bei rund 5.230.000 Abrechnungsfällen pro Jahr sind das insgesamt bis zu 523.000 Arbeitsstunden beziehungsweise ca. 16,5 Mio. Euro²³. Diese Zeit könnte künftig für andere pflegerelevante Aufgaben zur Verfügung stehen. Ebenso sollen auch die Versicherten von digital bereitgestellten Informationen profitieren und besser nachvollziehen können, welche Leistungen für sie abgerechnet worden sind.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- den Verwaltungsaufwand zu reduzieren,
- dass die ambulanten Pflegedienste spätestens ab dem 1. Oktober 2022 ihre Leistungen nach dem SGB XI nur noch auf elektronischem Wege einschließlich aller Nachweise mit den Pflegekassen abrechnen und die Übermittlung der Abrechnungen in Papierform an die Pflegekassen ab diesem Zeitpunkt entfällt,
- dass die ambulanten Pflegedienste spätestens ab dem 1. April 2023 ihre Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V nur noch auf elektronischem Wege einschließlich aller Nachweise mit den Krankenkassen abrechnen und die Übermittlung der Abrechnungen in Papierform an die Krankenkassen ab diesem Zeitpunkt entfällt,
- zu prüfen, bis wann welche Informationen den Pflegebedürftigen - mit dem Ziel einer besseren Transparenz - zu den ihnen zur Verfügung stehenden beziehungsweise von ihnen beanspruchten Leistungen über digitale Zugangswege von den Pflegekassen bereitgestellt werden können.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sind sich darüber einig, dass eine elektronische Abrechnung zu einer maßgeblichen Entlastung von beruflich Pflegenden, den Pflegeeinrichtungen und den Pflege- und Krankenkassen beiträgt und deshalb von allen Seiten angestrebt wird. Sie sind sich auch darüber einig, dass in einem zweiten Schritt geprüft werden muss, inwieweit die Modalitäten einer elektronischen Abrechnung von ambulanten Pflegesachleistungen auf die Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege übertragen werden können. Sie wirken bis zum 30. September 2019 darauf hin, dass die bestehende Vereinbarung gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine elektronische Abrechnung ohne Papierbelege angepasst wird.

²³ BT-Drs. 18/9949, S. 16, gemäß Berechnung für den vergleichbaren § 302 SGB V.

Eine technische Kommission trägt dafür Sorge, dass die Vereinbarung für alle Beteiligten (Pflegekassen, Leistungserbringer, Softwarehersteller) zügig und einheitlich innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Vereinbarung umgesetzt werden kann.

2. Das *Bundesministerium für Gesundheit* leitet notwendige gesetzgeberische Maßnahmen ein, sollten der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bis zum oben genannten Datum die Vereinbarung gem. § 105 Abs. 2 SGB XI nicht angepasst haben.
3. Der *GKV-Spitzenverband* und die für die Wahrnehmung der Interessen von *Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene* prüfen im Anschluss an die angepasste Vereinbarung gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI, inwieweit diese auf die Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege übertragen werden kann. Darauf aufbauend legen sie in den Rahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 6 SGB V innerhalb von sechs Monaten nach Anpassung der Vereinbarung gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI die Einzelheiten für die vollelektronische Datenübertragung der Leistungsnachweise für die häusliche Krankenpflege gemäß § 302 SGB V fest.
4. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und der *GKV-Spitzenverband* wirken bei ihren Mitgliedern darauf hin, dass spätestens zwei Jahre nach dem Vorliegen der technischen Voraussetzungen ambulante Pflegesachleistungen gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI nur noch elektronisch abgerechnet werden.
5. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und der *GKV-Spitzenverband* wirken bei ihren Mitgliedern darauf hin, dass spätestens zwei Jahre nach dem Vorliegen der technischen Voraussetzungen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur noch elektronisch abgerechnet werden.
6. Die *Pflegekassen* prüfen, bis wann welche Informationen den versicherten Pflegebedürftigen zu den ihnen zur Verfügung stehenden beziehungsweise von ihnen beanspruchten Leistungen über digitale Zugangswege von den Pflegekassen bereitgestellt werden können. Sie prüfen insbesondere, ob die Informationen monatsgenau bereitgestellt werden können und berichten dem *Bundesministerium für Gesundheit* bis zum 31. Dezember 2019 über das Ergebnis der Prüfung und die geplanten Maßnahmen.

2.2.2 Elektronische Verordnungen für den flächendeckenden Einsatz in der Pflege erproben

Das gegenwärtige papiergebundene Verordnungsverfahren verursacht aufwändige Abstimmungsprozesse. Diese belasten regelmäßig auch die beruflich Pflegenden, weil die pflegebedürftige Person oft nicht mehr in der Lage ist, Verordnungen selbst einzuholen, diese weiterzureichen oder pflegende Angehörige nicht vor Ort wohnen. Medienbrüche und falsch ausgefüllte Formulare stellen insbesondere bei der häuslichen Krankenpflege einen enormen Verwaltungsaufwand dar, weil sie in das Verordnungsverfahren zahlreicher Institutionen (unter anderem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Versicherte, Krankenkassen und Pflegedienste) eingebunden ist. Elektronische Verordnungen bergen somit ein hohes Potenzial, alle Prozessbeteiligten zu entlasten. Durch eine elektronische Übermittlung lassen sich zudem Wege und Wegezeiten einsparen. Pflegedienste müssen nicht mehr damit beauftragt werden, Verordnungen beim Arzt abzuholen und können sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- den Verbreitungsgrad von elektronischen Verordnungsverfahren durch innovative Projekte zu erhöhen und für den flächendeckenden Einsatz zu erproben; die zukünftigen Nutzerinnen und Nutzer (Pflegebedürftige, Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen) werden bei der Gestaltung der Projekte einbezogen.
- den Verwaltungsaufwand perspektivisch durch die flächendeckende Einführung elektronischer Verordnungen zu reduzieren, damit sich Pflegefachpersonen mehr auf pflegfachliche Aufgaben konzentrieren können.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das *Bundesministerium für Gesundheit* stellt mit dem Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung sicher, dass die Selbstverwaltung die notwendigen Regelungen für die Verwendung von elektronischen Verordnungen für Arzneimittel schafft. Das *Bundesministerium für Gesundheit* macht mit dieser Regelung deutlich, dass Modellvorhaben ausdrücklich erwünscht sind. Die Projekte sollen wichtige Impulse für die von der *gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH)* zu treffenden Festlegungen liefern und eine flächendeckende Einführung in der Telematikinfrastuktur befördern.
2. Die *Krankenkassen* legen Projekte zu E-Rezepten und E-Verordnungen für Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege auf. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* ermutigen ihre Mitglieder, an entsprechenden Projekten mitzuwirken. Dabei stimmen sie sich mit der *gematik* ab. Die *Pflegekammern* und die *Pflegeberufsverbände* bieten an, in fachsprachlichen Standardisierungsfragen zu beraten.
3. Das *Bundesministerium für Gesundheit* verpflichtet mit dem Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung die *gematik*, bis zum 30. Juni 2020 die technischen Voraussetzungen für die flächendeckende Einführung von E-Verordnungen bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln zu schaffen. Darüber hinaus prüft das *Bundesministerium für Gesundheit* weitere Schritte für E-Verordnungen bei Heil- und Hilfsmitteln sowie bei der häuslichen Krankenpflege.

2.3 Digitalisierung und technische Unterstützung in der Leistungserbringung

2.3.1 Elektronische Dokumentation als Standard anstreben

Eine effiziente Dokumentationspraxis ist ein wichtiger Baustein für die Entlastung von beruflich Pflegenden. Mit dem 2013 entwickelten Strukturmodell wird der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert, ohne fachliche Qualitätsstandards zu vernachlässigen oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen. Die vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung unterstützte bundesweite Implementierung des Modells wird seit November 2017 durch die Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene fortgesetzt. Eine elektronische Dokumentation bei ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie bei Krankenhäusern ist ein weiterer wichtiger Schritt für mehr Effizienz.

Die *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege* bekennen sich zur elektronischen Dokumentation als zukünftigen Standard. Sie sehen jedoch auch das Risiko, dass eine elektronische Dokumentation zu einer Belastung werden kann, wenn diese beispielsweise dazu verleitet, zu viel zu dokumentieren, wenn Software und Technik nicht dem aktuellen Stand entsprechen oder wenn die beruflich Pflegenden nicht ausreichend und qualifiziert geschult wurden. Die *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege* halten jedoch fest, dass eine elektronische Pflegedokumentation beruflich Pflegende entlasten kann, wenn sie sinnvoll angelegt ist, in die Arbeits- und Organisationsprozesse eingebunden wurde, die technischen Voraussetzungen aktuellen Standards entsprechen und die Einführung durch Schulungen begleitet wurde. Spracherkennung, Sprachsteuerung und automatische Datenübertragung von Sensoren, zum Beispiel für Vitalwerte, bergen weiteres Potenzial, um Arbeitsabläufe effizienter zu gestalten. Perspektivisch muss sichergestellt werden, dass die Informationen in elektronischen Dokumentationen einheitlichen Standards entsprechen, damit eine gemeinsame Kommunikation in der Telematikinfrastruktur gewährleistet ist.²⁴

Die *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege* stellen zudem fest, dass die verpflichtende Aufbewahrung der Dokumentation beim Pflegebedürftigen, so wie sie derzeit in den Maßstäben und Grundsätzen²⁵ im ambulanten Bereich festgeschrieben ist, den ambulanten Pflegediensten eine elektronische Dokumentation erschwert. Aus diesem Grund halten es die *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege* für erforderlich, die Maßstäbe und Grundsätze so zu ändern, dass eine rein elektronische Dokumentation ermöglicht wird, dabei aber weiterhin sichergestellt ist, dass die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen jederzeit auf die Dokumentation zugreifen können. Hierbei muss gewährleistet sein, dass der Personenkreis, der an der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Person beteiligt ist, weiterhin zumindest die notwendigen Informationen erhält.

²⁴ Siehe hierzu Nr. 2.1.2.

²⁵ Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege, vom 27. Mai 2011.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- elektronische Dokumentationssysteme zu etablieren, die zu einer Arbeitsentlastung führen, damit sich die Pflegefachpersonen verstärkt auf ihre pflegefachlichen Aufgaben konzentrieren können,
- die Anzahl der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die eine elektronische Pflegedokumentation nutzen, bis 2021 deutlich zu erhöhen²⁶,
- dass ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen die Mittel für Digitalisierungsmaßnahmen gemäß § 8 Abs. 8 SGB XI bis Ende 2021 möglichst vollständig abrufen,
- die Anzahl der Krankenhäuser deutlich zu erhöhen, die eine elektronische Pflegedokumentation nutzen,
- dass die Rahmenbedingungen für eine elektronische Dokumentation in der ambulanten Versorgung verbessert werden und dabei Pflegebedürftige beziehungsweise ihre Angehörigen weiterhin niedrigschwellig auf die Dokumentation zugreifen können.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege werben für eine höhere Akzeptanz der elektronischen Pflegedokumentation als Arbeitsunterstützung und zur Entlastung der beruflich Pflegenden.
2. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen unterstützen die Pflegeeinrichtungen bei der Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation sowie deren Weiterentwicklung und Anpassung an aktuelle Erfordernisse. Sie werden im Zuge ihrer aktiven Werbung für das „Strukturmodell“ bei ihren Pflegeeinrichtungen die Vorteile des digitalen Dokumentierens erklären sowie den Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Bedarf Informationen zur Verfügung stellen, die sie bei der Wahl einer geeigneten elektronischen Pflegedokumentation und der inhaltlichen Konzeption der Dokumentation unterstützen. Sie informieren die Pflegeeinrichtungen über die Fördermöglichkeiten gemäß § 8 Abs. 8 SGB XI zur Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung und zur Schulung von beruflich Pflegenden. Sie wirken darauf hin, dass die Pflegeeinrichtungen die zur Verfügung stehenden Mittel möglichst vollständig abrufen.
3. Die Vertragspartner gemäß § 113 Abs. 1 SGB XI erarbeiten unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 SGB XI einen Vorschlag, mit dem eine elektronische Dokumentation in der ambulanten Pflege ermöglicht werden kann und mit der weiterhin sichergestellt ist, dass die pflegebedürftige Person und weitere Berechtigte jederzeit auf die Dokumentation zugreifen können. Voraussetzungen sind dabei die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften sowie das Einverständnis des Pflegebedürftigen. Zudem muss der darüber hinausgehende Personenkreis, der bisher auch Zugriff auf die vollständige Pflegedokumentation hatte, definiert werden. Hierunter fallen insbesondere alle an der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Personen. Es ist Aufgabe der Verhandlungspartner zu überprüfen, inwieweit der Zugriff auf die vollständige Dokumentation für diesen Personenkreis erforderlich ist und wie gewährleistet werden kann, dass diese Personengruppen zumindest die für sie notwendigen Informationen erhalten. Die Gematik ist frühzeitig einzubeziehen, weil die Dienste der Telematikinfrastruktur perspektivisch auch für die elektronische Pflegedokumentation genutzt werden sollen.

²⁶ Das Bundesministerium für Gesundheit wird eine Evaluation zur Umsetzung von § 8 Abs. 8 SGB XI beauftragen. Der GKV-Spitzenverband stellt jeweils zum Jahresende 2019, 2020 und 2021 Informationen darüber bereit, in welcher Höhe Mittel bereits abgerufen wurden und wie viele Pflegeeinrichtungen Mittel abgerufen haben.

4. Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* wird Good-Practice-Modelle zur Entlastung der Pflege durch elektronische Dokumentation ermitteln und bekannt machen, um deren Verbreitung zu fördern. Die *Länder* unterstützen dies im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten.
5. Die *Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege* begrüßen den Gebrauchstauglichkeitstest der *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* zur digitalen Pflegedokumentation. Sie wünschen sich, dass die *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* ihre Bestrebungen zur Bewertung von digitaler Pflegedokumentationssoftware nach der bewährten Methode der Stiftung Warentest verstetigt. Darüber hinaus bitten die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* die *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*, weitere Schulungsmaterialien zur elektronischen Dokumentation bereit zu stellen und sie bei künftigen Gebrauchstauglichkeitstests digitaler Pflegedokumentationen einzubeziehen.²⁷
6. Die *Pflegekammern, ver.di, die Pflegeberufsverbände, die Verbände der Pflegeeinrichtungen* und die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* entwickeln Qualifizierungsmaßnahmen zur Nutzung elektronischer Dokumentationen und dazu benötigter Informations- und Kommunikationstechnologie-Kompetenz. Die *Länder* unterstützen eine regelhafte Einführung.
7. Das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* fördert mit dem Experimentierraum "Sprint-Doku" unter anderem die auf Deep Learning und neuronalen Netzen basierende sprecherunabhängige Spracherkennung für die Pflegedokumentation.
8. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft, welche Maßnahmen zu veranlassen sind, um eine gemeinsame Pflegedokumentation für ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen im Rahmen der Telematikinfrastruktur zu ermöglichen.

2.3.2 Vorteile der vernetzten Touren- und Dienstplanung nutzen

Durch eine elektronisch vernetzte Dienst- und Tourenplanung können Arbeitsabläufe bei ambulanten Pflegeeinrichtungen erheblich verbessert werden. Nach einer vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie beauftragten Studie²⁸ wird nach Ansicht der Nutzerinnen und Nutzer vor allem die administrative Arbeit erleichtert (95%) und Pflegedienste können wirtschaftlicher arbeiten (95%). Zudem kann der Einsatz einer elektronisch vernetzten Dienst- und Tourenplanung auch eine positive Wirkung auf die pflegerische Arbeit der Beschäftigten entfalten und einen Beitrag zu einer verlässlicheren Dienstplanung, mehr Selbstgestaltungsmöglichkeiten und der besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf leisten. Es ist ein Anliegen der Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege, den Verbreitungsgrad weiter zu erhöhen. Perspektivisch profitieren auch pflegebedürftige Menschen, indem sie zum Beispiel über die Software automatisch darüber informiert werden, wenn sich die geplante Einsatzzeit aufgrund von ungeplanten Vorkommnissen verschiebt. Weitere Zukunftspotenziale ergeben sich aus einer freiwilligen pflegedienstübergreifenden vernetzten Dienst- und Tourenplanung, mit der dem fragmentierten Markt mit rund 14.000 unterschiedlich ausgelasteten Pflegediensten besser begegnet werden kann. Durch eine technologiebasierte Verteilung von Pflegebedürftigen in einem Netzwerk zwischen Pflegediensten, basierend auf Kapazitäten und Präferenzen, besteht die Möglichkeit, die Versorgung zu verbessern, Touren effizienter zu planen und kurzfristige Kapazitätsschwankungen auszugleichen.

²⁷ Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ist kein Mitglied der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege. Maßnahmen, die sich an diese Institution richten, stellen keine Selbstverpflichtung dar.

²⁸ Digitalisierung in der ambulanten Pflege – Chancen und Hemmnisse, IGES im Auftrag BMWi, 2017, S. 13/14 der Kurzfassung.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die Akzeptanz für eine vernetzte Touren- und Dienstplanung als Arbeitsunterstützung bei den Beschäftigten zu verbessern,
- die Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen, die eine vernetzte Touren- und Dienstplanung nutzen, bis 2021 deutlich zu erhöhen.²⁹

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen wirken bei ihren Mitgliedern darauf hin, dass diese die Fördermöglichkeiten gemäß § 8 Abs. 8 SGB XI zur Anschaffung von digitaler oder technischer Ausrüstung und zur Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine vernetzte Touren- und Dienstplanung einsetzen.
2. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege werben für eine höhere Akzeptanz der vernetzten Touren- und Dienstplanung als Arbeitsunterstützung, die Einsätze planbarer macht und somit einen Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf leisten kann.
3. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen und der GKV-Spitzenverband sensibilisieren ihre Mitglieder dafür, dass beim Einsatz solcher Systeme personenbezogene Daten entstehen, die das Bundesdatenschutzgesetz als besonders sensibel und schützenswert einstuft und deswegen sichergestellt werden muss, dass diese Daten ausschließlich für eine effiziente Arbeitsgestaltung, aber nicht für die Überwachung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (zum Beispiel Tracking, Leistungs- und Verhaltenskontrolle) genutzt werden.
4. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen sensibilisieren ihre Einrichtungen ferner dafür, dass diese ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv und frühzeitig einbeziehen, wenn eine vernetzte Touren- und Dienstplanung etabliert werden soll, und dass sie die gesetzlich festgelegten Mitbestimmungsrechte sowie die datenschutzrechtlichen Vorschriften beachten müssen.
5. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen informieren ihre Mitglieder über bereits vorhandene Möglichkeiten von vernetzten pflegedienstübergreifenden Dienst- und Tourenplanungen und prüfen, wie entsprechende Netzwerke – idealerweise auch trägerübergreifend – befördert werden können.

2.3.3 Mit Telepflege und Telemedizin räumliche Distanzen überwinden

Die Durchführung von medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen unter Einsatz von Technik zur Überwindung räumlicher Distanzen ist ein Ansatzpunkt, um die ambulante Versorgung beispielsweise in dünn besiedelten Gebieten zu unterstützen. Die Versorgung wird dort, wo dies sinnvoll und möglich ist, orts- und zeitunabhängig. Beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und die pflegebedürftigen Menschen werden in Beratungssituationen unter anderem durch eingesparte Wegezeiten entlastet. Vertraglich geregelte Kooperationen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen sowie Ärztinnen und Ärzten, die den Einsatz von telemedizinischen Fallkonferenzen und Videosprechstunden vorsehen, unterstützen eine gute Versorgung. Die Pflegefachpersonen profitierten von der besseren Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte.

²⁹ Das Bundesministerium für Gesundheit wird eine Evaluation zur Umsetzung von § 8 Abs. 8 SGB XI beauftragen. Der GKV-Spitzenverband stellt jeweils zum Jahresende 2019, 2020 und 2021 Informationen darüber bereit, in welcher Höhe Mittel bereits abgerufen wurden und wie viele Pflegeeinrichtungen Mittel abgerufen haben.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege sehen jedoch nicht nur in der besseren Versorgung die Vorteile von Telepflege und Telemedizin: Es werden auch neue Aufgabenfelder für Pflegefachpersonen erschlossen, die nicht zuletzt zu einer Stärkung pflegfachlicher Kompetenzen führen. Hierunter fallen zum Beispiel die telefonisch oder per Videotelefonie durchgeführte Beratung und Begleitung von Menschen mit chronischen Krankheiten, die dabei helfen können, Krankenhauseinweisungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Auch im Bereich der Prävention kann eine telefonische Beratung und Begleitung unterstützend eingesetzt werden, zum Beispiel bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten oder bei mobilitätsbeeinträchtigten Pflegebedürftigen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) bereits ein weiteres Aufgabenfeld für Pflegefachpersonen im Bereich der Televersorgung geschaffen: Die Terminservicestellen wurden dazu verpflichtet, in Akutfällen auf der Grundlage eines telefonischen, bundeseinheitlich standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens Hilfesuchende an eine Notfallambulanz, eine offene Arztpraxis oder einen Arztnotdienst zu vermitteln. Die Aufgabe der Ersteinschätzung kann auch von Pflegefachpersonen übernommen werden.³⁰

Allerdings betonen die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege, dass es vor allem in dünn besiedelten Gebieten schwierig sein wird, Telepflege und Telemedizin flächendeckend zu etablieren, sofern die nötige Breitbandverbindung und Mobilfunkabdeckung nicht verfügbar ist. Voraussetzung darüber hinaus ist, dass die Pflegebedürftigen beziehungsweise Patientinnen und Patienten persönlich in der Lage sind, eine Verbindung für Telepflege und Telemedizin herzustellen.³¹

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass Telepflege und Telemedizin zunehmend insbesondere in dünn besiedelten Gebieten zur Entlastung von Pflegefachpersonen eingesetzt werden,
- dass die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit, telemedizinische Dienste in Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen sowie Ärztinnen und Ärzten vorzusehen, intensiv genutzt wird,
- dass durch die Etablierung von Telepflege neue Aufgabenfelder für beruflich Pflegende geschaffen werden.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt eine Studie in Auftrag, mit der Good-Practice-Lösungen identifiziert und Handlungsfelder für Telepflege weiterentwickelt werden (zum Beispiel auch sektorenübergreifend). Auf dieser Grundlage wird das Bundesministerium für Gesundheit entscheiden, ob, wie und in welcher Ausgestaltung Telepflege gesetzlich verankert werden kann und welche flankierenden Maßnahmen (beispielsweise eine Festlegung in den Weiterbildungsordnungen) darüber hinaus getroffen werden müssen.
2. Die Bundesregierung hat sich mit dem Koalitionsvertrag das Ziel gesetzt, den flächendeckenden Breitbandausbau, gerade auch in dünn besiedelten Gebieten, voranzutreiben. Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstützen dieses Vorhaben und sehen es als wichtige Voraussetzung dafür, auch die telepflegerische Versorgung in dünn besiedelten Gebieten künftig zu verbessern und zu ermöglichen.

³⁰ "Ausreichend qualifiziertes Personal" laut Gesetz. Was ausreichend qualifiziert ist, legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fest.

³¹ Vgl. hier auch Ziffer 1.3.7: Beruflich Pflegende, pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige beim technischen Fortschritt mitnehmen.

3. Das *Bundesministerium für Gesundheit* hat mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals dazu beigetragen, Video-Fallkonferenzen in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten und den Pflegefachpersonen sowie als ergänzendes Instrument Videosprechstunden für die Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen als telemedizinische Leistung weiter zu stärken. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* werben bei ihren Mitgliedern für die Fördermöglichkeiten des § 8 Abs. 8 SGB XI, durch die die notwendige technische Ausrüstung für telemedizinische und telepflegerische Anwendungen sowie die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finanziell unterstützt werden kann. Gleichzeitig informieren sie ihre Mitglieder darüber, dass für eine bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video als telemedizinische Leistung ermöglicht werden. Bei Videosprechstunden und Fallkonferenzen werden zertifizierte Videodienste genutzt, die die Anforderungen an den Datenschutz erfüllen.³²
4. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* wirken in Kooperation mit den für die ambulante ärztliche Versorgung zuständigen *Kassenärztlichen Vereinigungen* mit Musterverträgen darauf hin, dass stationäre Pflegeeinrichtungen in den Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V die Möglichkeiten von Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video verankern.
5. Das *Bundesministerium für Gesundheit* hat mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals die rechtlichen Grundlagen für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds geregelt. Mit den Mitteln des Strukturfonds wird die Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf gefördert. Die bestehenden Angebotsstrukturen binden insbesondere nichtärztliches Personal an Strukturen, nicht aber an Patientinnen und Patienten. Strukturelle Änderungen in der Krankenhauslandschaft, zu denen auch die aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds förderungsfähige Bildung von Krankenhausverbänden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung andererseits gehört, tragen daher auch zur Verbesserung der Effizienz des Einsatzes der Pflegefachpersonen bei. Hierdurch kann die besondere Versorgungskompetenz der Schwerpunkt- und Maximalversorger in der Fläche verfügbar gemacht werden. Die Entscheidung darüber, für welche Vorhaben Fördermittel beim Bundesversicherungsamt beantragt werden, treffen die *Länder* im Einvernehmen mit den *Krankenkassenverbänden* auf Landesebene. Die Wirkungen der Förderung werden evaluiert.

2.3.4 Mit digitaler und technischer Unterstützung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern entlasten

Technische und digitale Unterstützung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern bieten die Chance, das Pflegepersonal zu entlasten und die Attraktivität der Pflegebranche als Arbeitgeber zu steigern. Es gibt eine Vielzahl von Systemen und Unterstützungen, die den Arbeitsalltag erleichtern, bei Kontroll-, Routine- und logistischen Tätigkeiten unterstützen, Monitoringfunktionen übernehmen sowie zur physischen Entlastung und zum Arbeits- und Gesundheitsschutz beitragen. Hierunter fallen beispielhaft robotische Systeme zum Transport, zur Lagerung und zur Mobilisierung von Personen, intelligente Pflegewagen sowie Systeme zur Risikovermeidung wie Türöffner-Sensoren, Aufstehmelder, Sturzerkennung und Orientierungslichter.

³² Siehe Anlage 31b Bundesmantelvertrag Ärzte.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege sehen das Potential dieser Anwendungen, stellen aber auch fest, dass die Produktvielfalt und fehlende Belege für einen Nutzen dieser Systeme Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser davon abhalten, entsprechende Investitionen zu tätigen. Sie sehen es für erforderlich an, dass mehr Transparenz hinsichtlich der technischen Möglichkeiten und ihres Nutzens für den Anwender geschaffen wird und dabei auch das Wohl der pflegebedürftigen Personen beziehungsweise der Patientinnen und Patienten berücksichtigt wird.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zunehmend technische und digitale Unterstützung zur Entlastung der beruflich Pflegenden einsetzen, damit diese sich stärker auf ihre pflegfachlichen Aufgaben konzentrieren können,
- dass mehr Transparenz über am Markt befindliche Produkte sowie deren Nutzen für den Anwender geschaffen wird,
- dass bei der Entwicklung von Produkten die Nutzerinnen und Nutzer regelhaft einbezogen werden.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte(n) Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft Möglichkeiten, wie mehr Transparenz am Markt der technischen und digitalen Unterstützungssysteme geschaffen werden kann, damit ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser einen neutralen Überblick über am Markt befindliche Produkte und Informationen zu bereits existierenden Nutzenbelegen sowie deren Produktsicherheit erhalten.
2. Die *Länder* begrüßen die Einführung digitaler und technischer Anwendungen zur Entlastung der beruflich Pflegenden und prüfen eine entsprechende Unterstützung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.
3. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* sensibilisieren ihre Mitglieder dafür, dass technische und digitale Systeme sinnvoll in die Arbeits- und Organisationsprozesse integriert werden müssen, um beruflich Pflegende zu entlasten.
4. Das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* wird im Rahmen der von ihm geförderten Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) die Digitalisierung in der Pflege weiter voranbringen, um mit einem passgenauen Einsatz zur Entlastung der beruflich Pflegenden beizutragen. Mit der Förderung von vier INQA-Lern- und Experimentierräumen in der Pflegebranche wollen das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* und die INQA Möglichkeiten schaffen, um Lösungen für offene Fragen zur Gestaltung des Pflegealltags der Zukunft zu entwickeln. Sie gelten als Orte der Erprobung neuer Ansätze mit dem Ziel, Innovationen zu fördern, gute Arbeitsbedingungen zu stärken und die Zahl beruflich Pflegender zu sichern.

2.3.5 Mit digitaler und technischer Unterstützung die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit verbessern

Technische Assistenzsysteme können zu mehr Selbstständigkeit und einer höheren Lebensqualität beitragen. Sie haben das Potenzial, ältere und/oder pflegebedürftige Menschen dabei zu unterstützen, länger selbstbestimmt, selbstständig und auf eigenen Wunsch in ihrem gewohnten privaten Umfeld zu verbleiben. Eine größere Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen entlastet in der Regel auch die beruflich und die informell Pflegenden. Dies ist aber nur dann der Fall, wenn die digitalen Hilfsmittel gut in den Pflegealltag eingebettet und auf die Pflegesituation abgestimmt sind. Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege stellen allerdings fest, dass der Markt für diese Systeme und Anwendungen sowie deren Finanzierung als sehr intransparent wahrgenommen wird und deshalb Handlungsbedarf besteht.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass Pflegebedürftige in der Häuslichkeit auf eigenen Wunsch, auch gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen, zunehmend digitale und technische Unterstützung für eine selbstständigere Lebensführung nutzen.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Der *GKV-Spitzenverband* richtet im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung einen neuen Themen- und Förderschwerpunkt „Digitalisierung in der Pflege“ ein. Mit der von ihm initiierten und im Sommer 2019 vorliegenden Studie „Digitale Assistenzsysteme und Pflegebedürftigkeit – Nutzen, Potenziale und Handlungsbedarfe“ steht eine Bestandsaufnahme zu den Potenzialen digitaler technischer Assistenzsysteme für pflegebedürftige Menschen bevor. Auf dieser Basis werden Projekte aufgelegt, die insbesondere den konkreten Nutzen digitaler Systeme für pflegebedürftige Menschen, Pflegenden und Pflegeeinrichtungen adressieren. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen, um das Leben in der gewohnten privaten Umgebung so lange wie möglich sicherzustellen.
2. Der *GKV-Spitzenverband* prüft die Weiterentwicklung der Nutzenkriterien im Sinne von § 40 SGB XI. Er beteiligt dabei die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach § 118 SGB XI. Auf Grundlage der Ergebnisse können die am Markt verfügbaren Produkte besser bewertet sowie das Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis beziehungsweise die Erläuterungen im Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI zu Wohnumfeld „verbessernde“ Maßnahmen angepasst werden. Die Aufnahme von Produkten in das Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis setzt einen Antrag des Herstellers voraus. Der *GKV-Spitzenverband* verlinkt die bereits online verfügbaren Informationen zum Antragsverfahren auf der Homepage des Hilfsmittelverzeichnisses und richtet ein Online-Portal ein, über das Anträge zur Aufnahme ins Pflegehilfsmittelverzeichnis künftig abgewickelt werden.³³
3. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft, ob darüber hinaus Maßnahmen getroffen werden müssen, um Besonderheiten digitaler und technischer Hilfsmittel (insbesondere technischer Assistenzsysteme) gerecht zu werden.

³³ <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>.

4. Die *Verbände der Pflegeeinrichtungen* und der *GKV-Spitzenverband* wirken darauf hin, dass ihre Mitglieder die Pflegebedürftigen hinsichtlich des Einsatzes von technischen und digitalen Hilfsmitteln beraten. Durch die Beratung soll unter anderem erreicht werden, dass technische Assistenzsysteme eingesetzt werden, die mit dem Pflegealltag kompatibel sind und auch zu einer Entlastung der beruflich Pflegenden führen.
5. Der *Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss* fördert aus dem Innovationsfonds Projekte, mit denen die Gesundheitsversorgung älterer und gegebenenfalls pflegebedürftiger Menschen und ihr Verbleib in der gewohnten privaten Umgebung zum Beispiel durch die Inanspruchnahme von technischen Assistenzsystemen und digital gestützter regionaler Vernetzung verbessert werden soll. Nach Abschluss der Projekte soll auf Basis der in das Projekt jeweils integrierten Evaluation das Umsetzungspotenzial und der mögliche Beitrag der Versorgungsansätze zur Verbesserung der Selbständigkeit beziehungsweise des selbstbestimmten Lebens im Alter ausgewertet werden. Die ersten Projektergebnisse aus den neuen Versorgungsformen des Innovationsfonds werden ab Anfang 2020 erwartet.

2.3.6 Zukunftstechnologien für die Pflege nutzbar machen

Technologien wie Künstliche Intelligenz (KI), Big Data, Blockchain, virtuelle und augmentierte Realität (VR/AR) und nicht zuletzt Robotik finden über neue Produkte und Dienstleistungen zunehmend Einzug in den Alltag. Hier gilt es auch für die Pflege die Chancen dieser Zukunftstechnologien zu nutzen und Weichen für einen verantwortungsvollen Einsatz zu stellen, um in Zukunft weitere Entlastungspotenziale zu schaffen. Dabei soll die Forschung auf das Wohl der pflegebedürftigen Person beziehungsweise des Patienten oder der Patientin ausgerichtet und mit dem Nutzen für die beruflich Pflegenden im Sinne einer Entlastung verknüpft werden.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- dass die maßgeblichen Akteure der Pflege als gestaltende Forschungspartner in die Erschließung der Potenziale von Zukunftstechnologien einbezogen werden, um sicherzustellen, dass sich zukünftige Forschung an den Bedarfen der Pflegepraxis orientiert.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Der *GKV-Spitzenverband* fördert im Rahmen seines neu eingerichteten Themen- und Förderschwerpunkts „Digitalisierung in der Pflege“ (siehe auch Ziffer 2.3.5) ebenso Studien und Projekte, die die Innovationspotenziale von Zukunftstechnologien adressieren. Zentral in der Entwicklung und Erprobung neuer Produkte und Dienstleistungen ist dabei die Nutzenorientierung mit Blick auf die pflegebedürftigen Menschen und Pflegefachpersonen.
2. Das *Bundesministerium für Bildung und Forschung* hat bereits im Rahmen der Initiative „Pflegetechnologien 2030“ einen Förderschwerpunkt „Robotische Systeme für die Pflege“ ins Leben gerufen; erste Forschungsprojekte werden Anfang 2020 starten. Dabei wird auch pflegefachliche Expertise einbezogen.
3. Das *Bundesministerium für Bildung und Forschung* bereitet derzeit im Rahmen der Nationalen Strategie Künstliche Intelligenz („KI-Strategie“) der Bundesregierung einen neuen Förderschwerpunkt „KI in der Pflege“ vor; die Bekanntmachung soll Ende 2019 veröffentlicht werden. Dabei wird ebenfalls pflegefachliche Expertise einbezogen.

4. Das *Bundesministerium für Bildung und Forschung* fördert im Cluster „Zukunft der Pflege“ vier Pflegepraxiszentren, in denen der Einsatz von modernen Technologien in der pflegerischen Versorgung erprobt wird. Die Pflegepraxiszentren sind in klinischen, stationären und ambulanten Pflegebereichen bestehender Einrichtungen angesiedelt. Sie arbeiten mit forschenden Industriepartnern sowie Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegebranche zusammen, damit die Zukunftstechnologien stärker an den Bedarfen ihrer Anwender ausgerichtet werden. Grundlegend für eine erfolgreiche Integration von Technik in die Pflegepraxis sind ein enger Dialog und eine zielorientierte Vernetzung aller Beteiligten, unter anderem auch mit der Medizininformatikinitiative³⁴. Dazu sollen auch die jährlich stattfindenden Clusterkonferenzen, die für interessierte Akteure aus Pflegewissenschaft, Pflegewirtschaft und Pflegepraxis offen sind, beitragen.
5. Seit November 2018 fördert das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* unter dem Dach von INQA siebzehn betriebliche Lern- und Experimentierräume, in denen Verbünde aus Betrieben verschiedener Größen und Branchen zusammen mit wissenschaftlichen Einrichtungen und Instituten innovative Arbeitsmodelle entwickeln und ausprobieren können. Auch vier Pflegeprojekte wurden ausgewählt, die im Laufe des Förderzeitraums von bis zu drei Jahren Experimentierräume zur Robotik (beispielhaft Exoskelette), zur Personalarbeit, zur Weiterbildung und Qualifizierung oder zur Pflegedokumentation einrichten werden. Im Rahmen der Förderung wird ihnen der zeitliche und finanzielle Spielraum geboten, neue Ansätze und Möglichkeiten gemeinsam mit den beruflich Pflegenden zu erproben. Auf der Website „www.experimentierräume.de“ können Projektverlauf und -ergebnisse kontinuierlich verfolgt und eingesehen werden.

2.3.7 Beruflich Pflegende, pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige beim technischen Fortschritt mitnehmen

Die Akzeptanz für technische Innovationen in der Pflege hängt nicht nur von der technischen Funktionalität, Anwenderfreundlichkeit, Praxistauglichkeit, der Einbindung in Arbeits- und Organisationsprozesse sowie dem erkennbaren Mehrwert für die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen ab. Digitalisierung und technische Unterstützung kann nur gelingen, wenn beruflich Pflegende, pflegebedürftige Personen und pflegende Angehörige frühzeitig einbezogen werden, ihre Ängste ernst genommen und ihre Kompetenzen zum Einsatz der Technik gestärkt werden. Und sie kann auch nur dann entstehen, wenn der ganzheitliche Aspekt der Pflege, das heißt die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der pflegebedürftigen Personen, im Zentrum des Interesses stehen. Nur in einem gemeinsamen Diskurs zwischen den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, den beruflich Pflegenden, den pflegebedürftigen Personen und den pflegenden Angehörigen wird man einen Weg finden, wie eine fachlich angemessene und menschengerechte Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung des Einsatzes moderner Technik stattfinden kann.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- bei beruflich Pflegenden die Akzeptanz zum Einsatz von Technik sowie Kompetenzen zum Umgang mit dieser zu erhöhen,
- bei pflegebedürftigen Menschen, Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen die Akzeptanz für den Einsatz von Technik sowie Kompetenzen zum Umgang mit dieser zu erhöhen.

³⁴ <https://www.medizininformatik-initiative.de/de/start>.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals in § 8 Abs. 8 SGB XI geregelt, dass die Mittel für Investitionen in digitale und technische Ausrüstung sowie für Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingesetzt werden können. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene setzen sich bei ihren Mitgliedern dafür ein, dass die Mittel nicht nur für digitale Infrastruktur, sondern auch für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgerufen werden.
2. Die Pflegekammern gestalten Qualifizierungsmaßnahmen, um die Kompetenzen der beruflich Pflegenden für Informations- und Kommunikationstechnologien zu schaffen und zu stärken. Die Länder unterstützen eine regelhafte Einführung.
3. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kommunalen Spitzenverbände sensibilisieren ihre Mitglieder, dass beim Einsatz von technischen und digitalen Anwendungen personenbezogene Daten entstehen, die das Bundesdatenschutzgesetz als besonders sensibel und schützenswert einstuft und deswegen sichergestellt werden muss, dass die Daten ausschließlich für eine effiziente Arbeitsgestaltung, aber nicht für die Überwachung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (zum Beispiel zur Leistungs- und Verhaltenskontrolle) genutzt werden.
4. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen sensibilisieren ihre Einrichtungen ferner dafür, dass diese sicherstellen müssen, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv und frühzeitig einzubeziehen, wenn Geschäftsprozesse digitalisiert und technische Innovationen etabliert werden sollen, und dass sie die gesetzlich festgelegten Mitbestimmungsrechte sowie die datenschutzrechtlichen Vorschriften beachten müssen.
5. Die Pflegekammern bieten mit ihren Ethikkommissionen die Möglichkeit, ihre Mitglieder zu berufsethischen Fragen zu beraten. Die Ethikkommissionen verfassen Stellungnahmen zu berufsethischen Fragen in Form von Empfehlungen und Richtlinien und werden sich auch mit den Fragen des Technikeinsatzes sowie der Digitalisierung unter Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft beschäftigen.
6. Die Bundesregierung hat unter der Federführung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat sowie dem Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz eine Datenethikkommission eingesetzt, die voraussichtlich bis zum Herbst 2019 einen Entwicklungsrahmen für Datenpolitik, den Umgang mit Algorithmen, Künstlicher Intelligenz (KI) und digitalen Innovationen vorschlagen soll. Die Bundesregierung wird die Ergebnisse der Datenethikkommission bei der Umsetzung der KI-Strategie und deren Weiterentwicklung einfließen lassen.
7. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die 8. Altersberichtskommission zum Thema "Ältere Menschen und Digitalisierung" eingesetzt, um den Nutzen und Mehrwert der Digitalisierung aus der Perspektive der älteren Menschen zu beleuchten. Der Bericht wird Ende 2019 vorgelegt.
8. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. erleichtert mit den Senioren-Technik-Botschaftern älteren Menschen den Zugang zu neuen Informations- und Kommunikationstechnologien.

Handlungsfeld III: Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung und an den Schnittstellen zwischen pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung

Pflege ist ein fachlich und menschlich anspruchsvoller Beruf. Damit Pflegekräfte ihrem fachlichen Anspruch auch gerecht werden können, müssen die Rahmenbedingungen in der Versorgung ebenfalls so gestaltet sein, dass sie die Fachlichkeit der Pflege unterstützen und einen passgenauen Einsatz der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen erlauben. Dabei sind die Versorgungsbereiche, an denen Pflegefachpersonen beteiligt sind, und die Schnittstellen im Versorgungssystem systematisch daraufhin zu überprüfen, ob sie an fachlichen Grundsätzen orientiert und effizient gestaltet sind. Eine funktionierende bereichsübergreifende Zusammenarbeit fördert die gegenseitige Akzeptanz der Berufsgruppen und trägt somit auch zur Anerkennung und Wertschätzung der Pflegeberufe bei.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- kompetenzorientiertes Arbeiten durch einen am Bedarf orientierten Einsatz von Pflegefachpersonen zu unterstützen,
- die Versorgungsbereiche, an denen die Pflege beteiligt ist, effizient zu gestalten, auch um beruflich Pflegende zu entlasten
- die Qualität der pflegerischen Versorgung insgesamt weiter zu verbessern.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Ein verstärkter Einsatz von ambulant tätigen Pflegefachpersonen, insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, kann dazu beitragen, die häusliche Versorgung von Anfang an nachhaltig zu stabilisieren und die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen länger zu erhalten; pflegende Angehörige können dadurch einen besseren Einstieg in die Pflege finden und gut angeleitet werden. Pflegefachpersonen sind dabei in ihren besonderen Kompetenzen zur Pflegeplanung, Steuerung der Versorgungssituation und pflegfachlichen Beratung gefragt. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft vor diesem Hintergrund, ob und gegebenenfalls mit welchen Maßnahmen ein flexiblerer Abruf der Leistungen der Pflegeversicherung mit dem Ziel einer noch passgenaueren, qualitativ hochwertigen Versorgung und nachhaltigen Unterstützung in der Häuslichkeit ermöglicht werden kann. Dabei sollen auch die Versorgung in Übergangssituationen und bei intermittierenden Bedarfen (bridging) sowie die Situation pflegender Angehöriger in den Blick genommen werden.
2. Die *Pflegekammern* entwickeln in Kooperation mit den *Leistungserbringern* ein Konzept für ein Modellprojekt zur akutstationären Versorgung von Pflegebedürftigen in Langzeitpflegeeinrichtungen unter Verantwortung einer Advanced Practice Nurse im Sinne einer neuen, eigenen Versorgungsform. Damit sollen unnötige Krankenhauseinweisungen der Pflegebedürftigen vermieden werden. Pflegebedürftige sollen trotz kleinerer akuter medizinischer Probleme in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können; so können auch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen entlastet werden. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft die Förderung dieses Modellprojekts ab Anfang 2020.
3. Eine bessere Koordination des Einsatzes ambulanter Dienste im jeweiligen Versorgungsgebiet kann Wegezeiten verkürzen und Effizienzreserven erschließen sowie die beruflich Pflegenden entlasten. Das *Bundesministerium für Gesundheit* gibt eine Studie in Auftrag, mit der die Effizienzpotenziale einer verbesserten Koordination untersucht werden.

4. Die *Pflegekammern* und *Pflegeberufsverbände* identifizieren unter Beteiligung der Pflegewissenschaft zusammen mit *interessierten Partnern* eine sektorenübergreifende Fachsprache im Sinne von Pflegeklassifikationssystemen, um die fachgerechte und effiziente Überleitung von Pflegebedürftigen an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche zu unterstützen.

Handlungsfeld IV: Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen und Flexibilisierung vertraglicher Gestaltungs- und Vergütungsmöglichkeiten

Die Möglichkeit selbstverantwortlichen und eigenständigen Handelns der beruflich Pflegenden trägt wesentlich zur Attraktivität der Pflegeberufe bei. Innovative pflegegeleitete Versorgungsmodelle können verstärkt die Kompetenz der beruflich Pflegenden zum Ausdruck bringen und somit zu einer höheren Wertschätzung der Pflegeberufe in der politischen und öffentlichen Wahrnehmung beitragen. Eine Möglichkeit, dem künftigen Pflegebedarf zu begegnen, ist die Erweiterung des Spektrums der Angebotsstrukturen für Pflegebedürftige durch kommunal verankerte Versorgungsformen und qualitätsvolle Kooperationsmodelle für die Leistungserbringer. Die Weiterentwicklung von bedarfsgerechten und vernetzten Angebotsstrukturen in allen Versorgungsbereichen soll dabei die Versorgungsqualität für die Pflegebedürftigen und Patientinnen sowie Patienten verbessern und gleichzeitig zu einer Entlastung der beruflich Pflegenden beitragen.

4.1. Innovative und bedarfsgerechte Angebotsstrukturen ermöglichen

Die Herausforderungen in der Versorgung erfordern innovative Versorgungsansätze, um eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen, die zunehmend multimorbid, chronisch krank und/ oder pflegebedürftig sind und in häufig komplexen Versorgungssituationen pflegerischer Kompetenz bedürfen, sicherzustellen. Dies bedeutet auch, neue Formen der Vernetzung und Zusammenarbeit auf Versorgungsebene zu entwickeln und zu prüfen, welche Rolle Pflegefachpersonen in diesen Versorgungsmodellen ausüben können, um ihre Kompetenzen bedarfsgerecht einzubringen.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- die (Weiter-)Entwicklung innovativer pflegegeleiteter Versorgungsmodelle zu befördern,
- die Versorgung durch eine Erweiterung bedarfsgerechter Angebotsstrukturen zu verbessern,
- durch qualitätsvolle Kooperationsmöglichkeiten für Leistungsanbieter gezielt weitere Berufsgruppen in die Versorgung einzubeziehen,
- die Versorgung an den Schnittstellen durch die Nutzung der bereits vorhandenen gesetzlichen Instrumente für vernetzte Versorgungsstrukturen und den passgenauen Einsatz der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu verbessern.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Einrichtung eines Modellprogramms im SGB XI, mit dem innovative Versorgungskonzepte, in denen Pflegefachpersonen in besonderem Maße ihre Kompetenzen einsetzen können, insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität, Zufriedenheit der beruflich Pflegenden und Effizienz vergleichend bewertet werden sollen. In diesem Modellprogramm sollen auch Versorgungskonzepte untersucht werden, bei denen es Hinweise aus der Wissenschaft gibt, dass eine hohe Versorgungsqualität und Zufriedenheit der beruflich Pflegenden durch besondere Aspekte des Konzepts bedingt sein könnten (entsprechende Hinweise liegen beispielsweise zu Wohngemeinschaften oder Hausgemeinschaftsmodellen vor). Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände und jeweils fachlich betroffene Verbände sollen beteiligt werden.

2. Eine nicht unerhebliche Zahl der Haushalte von Pflegebedürftigen gestaltet die Versorgung der Betroffenen unter Zuhilfenahme einer 24-Stunden-Betreuung. Nicht immer ist hier die Gestaltung der Versorgung zufriedenstellend gelöst und nicht alle privaten Arbeitsverhältnisse werden entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen gestaltet. Für die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (sogenannte „24-Stunden-Betreuung“) prüft das *Bundesministerium für Gesundheit*, welche Maßnahmen für eine Verbesserung der aktuellen Situation in Frage kommen.
3. Die Integrierte Versorgung (IV) in der Pflege nach § 92b SGB XI ist aktuell ein noch wenig genutztes Instrument zur sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung und zur Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen. Das *Bundesministerium für Gesundheit* prüft im Rahmen des Strategieprozesses unter Ziffer 1.1 daher die Potenziale der Regelung im Hinblick auf eine verbesserte Nutzung dieses Instruments, auch vor dem Hintergrund der Schaffung neuer Versorgungsformen zum Abbau der Sektorengrenzen und der Stärkung der Aufgaben und Kompetenzen von beruflich Pflegenden.

4.2 Hilfen bei der Haushaltsführung stärken und Nachfrage decken

Pflegebedürftigkeit beginnt häufig mit Unterstützungsbedarfen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung. Daher ist es für die Versorgung, aber auch den weiteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit, von großer Bedeutung, dass dieser Unterstützungsbedarf flächendeckend und fachlich kompetent gedeckt wird.

Die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege setzen sich zum Ziel,

- eine flächendeckende ambulante Versorgung mit Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend der aktuellen Nachfrage sicherzustellen (unabhängig von der Finanzierungsart im Rahmen der Pflegeversicherung),
- beruflich Pflegende durch zusätzliche Einbeziehung weiterer Berufsgruppen in die Versorgung zu entlasten.

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Die *Pflegeeinrichtungen einschließlich der ambulanten Betreuungsdienste* wirken darauf hin, dass im Bereich der Hilfen bei der Haushaltsführung ausreichend hierfür qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder geeignete Kooperationspartner verfügbar sind, um die Nachfrage nach diesen Leistungen flächendeckend zu decken. Dies gilt unabhängig davon, mit welchen Mitteln die Pflegebedürftigen diese Leistungen finanzieren möchten (§ 36 SGB XI oder § 45b SGB XI).
2. Die *Pflegekassen* und die *privaten Versicherungsunternehmen* prüfen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um sicherzustellen, dass die Nachfrage nach Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung flächendeckend gedeckt wird, sowohl soweit die Pflegebedürftigen diese Leistungen mit dem häuslichen Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI als auch soweit sie diese Leistungen mit dem Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI finanzieren möchten.
3. Die *Leistungsträger* und *Leistungserbringer einschließlich der ambulanten Betreuungsdienste* überprüfen die Kostenstrukturen im Bereich der Hilfen bei der Haushaltsführung und prüfen, ob Anpassungen in der Vergütung erforderlich sind, um eine leistungsgerechte, wirtschaftliche und für die Pflegebedürftigen finanzierbare Vergütung der Leistungen zu gewährleisten. Bei dieser Überprüfung wird auch darauf geachtet, angemessene Arbeitsbedingungen für die Kräfte zu gewährleisten, die diese Leistungen erbringen.
4. Die *Pflegekassen* und die *privaten Versicherungsunternehmen* prüfen unter Beteiligung der *Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen* nach § 118 SGB XI, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen wirksam bei der Suche nach Leistungsanbietern zu unterstützen, zum Beispiel im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Die *Kommunen* prüfen, inwieweit sie die Pflegebedürftigen und Angehörigen im Rahmen kommunaler Beratungsstellen wirksam darin unterstützen können, vor Ort Leistungsanbieter zu finden, die die von den einzelnen Pflegebedürftigen nachgefragten Leistungen tatsächlich erbringen können.
5. Der Ausbildungsberuf zur Hauswirtschafterin oder zum Hauswirtschafter ist nach dem Berufsbildungsgesetz auf Bundesebene geregelt. Absolventen sind Fachkräfte nach Deutschem Qualifikationsrahmen (DQR) 4 Niveau und qualifiziert, um personen- und situationsorientierte Dienstleistungen im jeweiligen Lebensumfeld unterschiedlicher Personengruppen zu erbringen. Hauswirtschafterinnen und Hauswirtschafter erbringen Dienstleistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und Dienstleistungen der hauswirtschaftlichen Betreuung. In der hauswirtschaftlichen Betreuung werden die Kompetenzen und Ressourcen der jeweiligen Personengruppe gezielt aktiviert und gefördert. Die Ausbildung beinhaltet im Hinblick auf Menschen mit einem

Pflegebedarf unter anderem Kenntnisse zu den Bedürfnissen und Bedarfen in den hauswirtschaftlichen Versorgungs- und Betreuungsbereichen, Kenntnisse über Krankheitsbilder der zu versorgenden Personengruppen und die Kenntnis der Möglichkeiten und Grenzen hauswirtschaftlicher Kompetenzen. Hauswirtschafterinnen und Hauswirtschafter bringen keine spezifischen pflegerischen Kenntnisse mit. Diese werden im Fortbildungsberuf der Fachhauswirtschafterin/des Fachhauswirtschafter vermittelt.³⁵ Gemeinsam mit dem *Bundesministerium für Gesundheit* und den *Berufsverbänden der Hauswirtschaft (als Dachverband dem Deutschen Hauswirtschaftsrat)* unter Beteiligung der *Sozialpartner* erörtern die für diese Frage zuständigen Organisationen in einem Workshop die Möglichkeiten, wie hauswirtschaftliche Fachkräfte noch stärker in die hauswirtschaftliche Versorgung von Pflegebedürftigen einbezogen werden können, mit dem Ziel, die Fachkräftebasis für die Versorgung Pflegebedürftiger zu erweitern und beruflich Pflegende zu entlasten.

³⁵ Die Ausbildung ist nach dem Berufsbildungsgesetz geregelt und wird aktuell insbesondere in Bayern angeboten. In Bayern ist die Fachhauswirtschafterin/der Fachhauswirtschafter als „Fachkraft im Bereich soziale Betreuung“ auf Länderebene verankert. In anderen Bundesländern gibt es dazu unterschiedliche Regelungen in den Wohn- und Betreuungsgesetzen. In Bremen ist dies beispielsweise die Hauswirtschafterin /der Hauswirtschafter mit entsprechender Zusatzqualifikation.

Mitglieder der Arbeitsgruppe 3

Vorsitz: Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
Bundesministerium für Bildung und Forschung
Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder
Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.)
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)
Bundesverband Pflegemanagement e.V.
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.
Deutscher Hauswirtschaftsrat e.V.
Deutscher Pflegerat e.V.
Deutscher Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Kranken- und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband)
Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
Pflegekammern
Sozialpartner (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, ver.di)
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Verbände der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen nach § 118 SGB XI

Impressum der Arbeitsgruppe 3

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.bmg.bund.de

Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege mit

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin
www.bmas.de

Stand: Juni 2019



Pflegekräfte aus dem Ausland

Maßnahmen zur Gewinnung von
Pflegefachpersonen aus dem Ausland

Vereinbarungstext

Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege

Arbeitsgruppe 4

Inhalt

Einleitung	133
Handlungsfeld I: Gezielte Gewinnung von Fachkräften und verbesserte Öffentlichkeitsarbeit im Ausland	135
Handlungsfeld II: Anerkennungsverfahren der Länder	137
Handlungsfeld III: Verwaltungsverfahren im In- und Ausland in Zusammenhang mit der Erteilung von Visa	140
Handlungsfeld IV: Sprache	142
Handlungsfeld V: Nachhaltige, gute Integration - fachlich, betrieblich und sozial - als zentrale Voraussetzung für die Gewinnung ausländischer Pflegefachpersonen und eine gute Willkommenskultur	144
Handlungsfeld VI: Ausbildung in Deutschland	146
Handlungsfeld VII: Ausbildung in Drittstaaten	147
Mitglieder der Arbeitsgruppe 4	149

Einleitung

Ziel der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) ist, die Versorgungssicherheit in der Pflege sowie eine gute professionelle Pflege vorrangig durch Pflegefachpersonen aus dem Inland und der Europäischen Union zu gewährleisten. Ein darüberhinausgehender Bedarf soll durch Pflegefachpersonen aus Drittstaaten gedeckt werden. Arbeitsalltag und Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden sollen unmittelbar und spürbar verbessert, Ausbildung und Umschulungen in den Pflegeberufen deutlich ausgeweitet und weitere, umfassende Maßnahmen zur Entlastung der Pflegefachpersonen sowie zur besseren Wertschätzung und Bezahlung umgesetzt werden.

Pflegefachpersonen aus EU-Mitgliedstaaten haben im Rahmen der Freizügigkeit uneingeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Für die Ausübung von reglementierten Berufen ist jedoch eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erforderlich. Arbeitsmarktliche Informationen und Beratung erfolgt durch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit.

Die ZAV ist in die europäischen Beratungs- und Vermittlungsaktivitäten des Europäischen Netzwerks der Arbeitsvermittlungen (EURES-Netzwerk) eingebunden. Darüber werden unter anderem Fachkräfte aus Mitgliedsstaaten zur Arbeitsaufnahme in Deutschland informiert und beraten.

Schwerpunkt der Arbeitsgruppe 4 liegt in der Gewinnung von Fachkräften aus Drittstaaten, da hier besondere Herausforderungen bestehen. Generell beziehen sich die Ausführungen jedoch auf Pflegefachpersonen aus der Europäischen Union und aus Drittstaaten (Ausland). Die Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland ist angesichts des Fachkräftemangels¹ eine zusätzliche Möglichkeit für Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, offene Stellen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung zu besetzen. Die Konzentrierte Aktion Pflege hat deshalb Maßnahmen entwickelt, die Rahmenbedingungen für die Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland so zu verbessern, dass Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser bestmöglich dabei unterstützt werden, Pflegefachpersonen aus dem Ausland gewinnen zu können, um die Versorgung und eine gute professionelle Pflege zu sichern. Bei allen Maßnahmen sollen die Vorgaben des „Globalen Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation für die Internationale Anwerbung von Gesundheitskräften“ beachtet werden.²

Es muss gewährleistet sein, dass Pflegefachpersonen mit ausländischen Abschlüssen die berufsspezifischen Anforderungen an Berufsqualifikation und Berufsausübung in gleicher Weise wie inländische Fachkräfte erfüllen. Die Verfahren bei den Anerkennungsbehörden in den Bundesländern werden beschleunigt und die Transparenz verbessert. Die Maßnahmen zur Sprachförderung im In- und Ausland werden ausgeweitet.

¹ Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit waren in der Krankenpflege im Jahresdurchschnitt 2018 insgesamt 15.707 offene Stellen (2017: 10.277) und in der Altenpflege 23.862 (2017: 16.700) offene Stellen gemeldet. Der Bedarf an beruflich Pflegenden wird weiter steigen. Prognosen über den künftigen Personalbedarf in den Pflegeberufen wurden von verschiedenen Forschungsinstituten erstellt und kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Jüngst prognostizierte das Institut der Deutschen Wirtschaft, dass der Bedarf an Fachkräften in der Pflege bis 2035 um knapp 40 Prozent (um rund 130.000 auf knapp 473.000 Personen) ansteigen könne.

² Der Globale Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften wurde von allen 193 Mitgliedsstaaten während der dreiundsechzigsten Weltgesundheitsversammlung am 21. Mai 2010 verabschiedet. Insofern ist auch Deutschland an diesen Kodex gebunden.

Pflegefachpersonen aus dem Ausland sollen in die Lage versetzt werden, sich im Team und mit den Patientinnen und Patienten sprachlich gut verständigen zu können. Die Verwaltungsverfahren im In- und Ausland in Zusammenhang mit der Erteilung von Visa für Personen aus Drittstaaten sollen effizienter, transparenter und zukunftsorientiert gestaltet werden.

Der rechtliche Rahmen soll mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz gezielt geöffnet werden. Zudem soll fachlich, betrieblich und sozial eine nachhaltige, gute Integration sowie eine gute Willkommenskultur gewährleistet werden. Die Ausbildung junger Menschen aus dem Ausland in den Pflegefachberufen in Deutschland soll gestärkt werden. In ausgewählten Herkunftsländern sollen zudem unmittelbar anerennungsfähige Ausbildungsgänge mit integriertem Deutschspracherwerb eingerichtet werden.

Pflegefachpersonen aus Drittstaaten haben entsprechend den geltenden Aufenthaltsregelungen Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und arbeiten dort zu den gleichen Bedingungen wie Beschäftigte aus dem Inland oder der Europäischen Union. Die Maßnahmen der Konzentrierten Aktion Pflege zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sollen in gleicher Weise für in- und ausländische beruflich Pflegende umgesetzt werden.

Die Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation durch den „Globalen Verhaltenskodex der WHO für die Internationale Anwerbung von Gesundheitskräften“ sowie die Überlegungen zu dessen Weiterentwicklung werden berücksichtigt. Eine gezielte Anwerbung soll nur mit Zustimmung der Herkunftsländer durchgeführt werden.

Alle Maßnahmen des Bundes und der Länder stehen – sofern nicht ausdrücklich abweichend formuliert – unter Haushaltsvorbehalt.

Rahmenbedingungen

Die Maßnahmen der Konzentrierten Aktion Pflege zur Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland sind eingeordnet in einen kohärenten Gesamtansatz ineinandergreifender und aufeinander abgestimmter Maßnahmen im Rahmen der Fachkräftestrategie der Bundesregierung mit ihren drei Säulen - inländische, europäische und internationale Fachkräftepotenziale - und der am 2. Oktober 2018 vom Bundeskabinett beschlossenen „Eckpunkte zur Fachkräfteeinwanderung aus Drittstaaten“. Zur Umsetzung hat die Staatssekretärs-Steuerungsgruppe „Kohärenter Ansatz zur Fachkräfteeinwanderung aus Drittstaaten“, die unter Federführung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie eingerichtet wurde, drei Arbeitsgruppen gebildet (Arbeitsgruppe Verwaltungsverfahren, Arbeitsgruppe Fachkräftegewinnung einschließlich Sprachförderung und Arbeitsgruppe Anerkennung). Die Arbeitsgruppen sollen bis September 2019 ihre Arbeit abschließen.

Handlungsfeld I: Gezielte Gewinnung von Fachkräften und verbesserte Öffentlichkeitsarbeit im Ausland

Im Rahmen der durch die Staatssekretärs-Steuerungsgruppe eingesetzten Arbeitsgruppe Fachkräftegewinnung werden Vorschläge für eine Strategie für eine gezielte Fachkräftegewinnung und ein verbessertes Marketing gemeinsam mit der Wirtschaft im Ausland entwickelt. Zentral ist hierbei das Internetangebot „make-it-in-germany.com“ als Portal der Bundesregierung für Fachkräfte aus dem Ausland.

1. Zielsetzung

Ausländische Fachkräfte gezielt für den deutschen Arbeitsmarkt gewinnen und Deutschland im inner- und außereuropäischen Ausland als Land zum Arbeiten, Lernen und Leben bekannter und attraktiver machen.

2. Maßnahmen für Pflegefachpersonen im Rahmen der Strategie zur Fachkräftegewinnung

- Entwicklung einer Strategie zur Fachkräftegewinnung. Pflegefachberufe werden hierbei besonders berücksichtigt.
- Die Maßnahmen werden möglichst unter dem Portal der Bundesregierung für Fachkräfte aus dem Ausland - „make-it-in-germany.com“ - durchgeführt, welches bereits am 6. November 2018 zum Portal der Bundesregierung ausgebaut wurde. Der Bereich Pflege wird hierbei besonders berücksichtigt und weiter ausgebaut.
- Nach aktuellem Stand sollen unter anderem folgende Elemente in der Strategie zur Fachkräftegewinnung enthalten sein:
 - Gezielte Öffentlichkeitsarbeit im In- und Ausland,
 - Personalisierte Ansprache und Unterstützung interessierter Fachkräfte aus dem Ausland und gegebenenfalls Erschließung weiterer Potenzialgruppen, unter anderem internationale Studierende in Deutschland (auch ausländische Studienabbrecher, wenn aufenthaltsrechtliche Anforderungen dem nicht entgegenstehen),
 - Informations- und Beratungsangebote für interessierte ausländische Fachkräfte stärken; unter anderem (webbasierte) Informations- und Vermittlungsveranstaltungen im In- und Ausland in Absprache mit der *Bundesagentur für Arbeit*,
 - Stärkere Vernetzung relevanter Akteure im Inland und in den Herkunftsländern,
 - Schaffung einer zentralen Servicestelle Anerkennung (Handlungsfeld II),
 - Durchführung einer jährlichen „make-it-in-germany.com“-Veranstaltung,
- Die Strategie für eine gezielte Fachkräftegewinnung wird durch eine Fachkräftepotenzialanalyse der Bundesagentur für Arbeit zu potenziellen Schwerpunktländern begleitet. Diese ist Grundlage der von der Bundesagentur für Arbeit selbst umgesetzten länder- und berufsspezifischen Aktivitäten für die Gewinnung ausgebildeter Fachkräfte insgesamt.
- Zudem ist eine möglichst klare Bezifferung des Bedarfs an Fachkräften notwendig, um Maßnahmen entsprechend dem Bedarf konzipieren zu können. Die Länder werden hierbei beteiligt.
- *Qualitätssicherung für private Vermittler*
Für private Vermittler werden unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit die Einführung eines Gütesiegels oder wirkungsgleiche Qualitätssicherungsinstrumente angestrebt.

Private Vermittler könnten auch Arbeitgeber in der Pflege sein, die eine größere Zahl von Pflegefachpersonen im Ausland anwerben. Mit der Einführung der genannten Instrumente sollen Servicequalität, Seriosität, Transparenz und Verlässlichkeit für die beteiligten Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie die beteiligten Behörden gewährleistet werden. Für die privaten Vermittler gelten die Ziele der guten Arbeit, deren Einhaltung durch das Gütesiegel gewährleistet wird. Die Teilnahme an dem Verfahren ist freiwillig. Private Vermittler ohne Gütesiegel dürfen nicht durch beteiligte Behörden ausgeschlossen werden. Die Erfordernis einer Zulassung nach der Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung *Arbeitsförderung* bleibt bestehen. Die daran teilnehmenden privaten Vermittler sollen auf einer öffentlich zugänglichen Liste ausgewiesen sein. Zudem sollten die privaten Vermittler und ihre Vermittlungstätigkeiten regelmäßig evaluiert werden. Die Einzelheiten der Ausgestaltung und für die Einrichtung der verantwortlichen Stellen werden unter Koordination des *Bundesministeriums für Gesundheit* mit Beteiligung der *Pflegeverbände* und den *Gewerkschaften* entwickelt. Bereits existierende Gütesiegel und Konventionen/Verpflichtungen, auch anderer Branchen, sollen zur Beratung und Entwicklung eines Gütesiegels in Verbindung mit Qualitätssicherungsinstrumenten einfließen. Ein Beirat zur Begleitung der Umsetzung³ wird gebildet. Die eigene Anwerbung durch die *Pflegeeinrichtungen*, *Rehabilitationseinrichtungen* und *Krankenhäuser* bleibt uneingeschränkt möglich. Über die Finanzierung des Gütesiegels und der zuständigen Stelle, die das Gütesiegel vergeben wird, berät der Beirat. Eine zeitlich befristete, abschmelzende Anschubfinanzierung durch den *Bund* wird angestrebt.⁴

- *Bedarfsermittlung und Bündelung*
 - Die regelmäßig erhobene Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit bildet aktuelle Fachkräfteengpässe am deutschen Arbeitsmarkt berufsspezifisch ab. Sie stellt jedoch keine Prognose zu perspektivischen Fachkräfteengpässen dar. Verbände der Träger beteiligen sich an einer Schätzung der voraussichtlichen Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland (4-Jahresrhythmus) durch ihre Mitgliedsunternehmen. Die übermittelten Angaben sind unverbindliche Schätzungen. Die Angaben ermöglichen den Visastellen und den Anerkennungsbehörden sowie den Sprachschulen, ihre Kapazitäten besser an den Bedarf anzupassen. Zugleich wird die Planungssicherheit für alle Beteiligten verbessert. Anzustreben sind ebenso Angaben der Träger zu den bisher angeworbenen Pflegefachpersonen einschließlich ihrer durchschnittlichen Verweildauer im Beruf in Deutschland und der Gründe für ein frühes Ausscheiden aus dem Beruf als Hinweise zu weiteren Handlungsbedarfen.
 - Die Anwerbung von Pflegefachpersonen in einem Herkunftsland soll soweit möglich in größeren Gruppen durchgeführt werden, auch zur Entlastung der kleinen und mittelständischen Unternehmen. Dies kann effizientere Verwaltungsverfahren ermöglichen.⁵
 - Die Bundesagentur für Arbeit führt in eigener Zuständigkeit selbst Aktivitäten zur Gewinnung von ausländischen Pflegefachpersonen durch und koordiniert diese mit den jeweiligen Arbeitsverwaltungen im Partnerland und den zuständigen Auslandsvertretungen. Dabei sind bilaterale Absprachen anzustreben.
 - Die deutschen Auslandsvertretungen können Anträge im Rahmen von Sammelterminen im Rahmen ihrer personellen und räumlichen Kapazitäten entgegennehmen und bearbeiten.

³ Bundesministerium für Gesundheit (Federführung)

⁴ Bundesministerium für Gesundheit (Federführung)

⁵ Protokollnotiz: Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste weist darauf hin, dass bei der Anwerbung von Fachkräften insbesondere auch für kleine und mittelständische Unternehmen in der Pflege vergleichbare Bedingungen im Verwaltungsverfahren gelten sollten, wie für staatliche Vermittlungsprogramme (z.B. Triple Win). Dies gilt insbesondere für die Bearbeitung von Visumsanträgen in den deutschen Botschaften.

Handlungsfeld II: Anerkennungsverfahren der Länder

Wer in Deutschland als Pflegefachperson dauerhaft arbeiten möchte, benötigt eine staatliche Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung. Die Antragstellung für die Anerkennung der Gleichwertigkeit des ausländischen Berufsabschlusses erfolgt bei der dafür zuständigen Stelle des Bundeslandes, in dem die Beschäftigung geplant ist. Die von dort erteilte Anerkennung gilt deutschlandweit. Aufgrund der unterschiedlichen Anerkennungspraxis in den Bundesländern sind zumindest einheitliche und transparente bundesweit gültige Vorgaben erforderlich.

1. Zielsetzung

Eine Beschleunigung sowie höhere Transparenz, Vereinheitlichung und Verlässlichkeit einschließlich der Einhaltung der Fristvorgaben für die Prüfung der Gleichwertigkeit der Berufsabschlüsse durch die Anerkennungsbehörden. Dies ist wichtig für die Pflegefachpersonen, die *Träger der Einrichtungen*, die *Visastellen* und *weiterer am Prozess der Anwerbung beteiligten Organisationen und Institutionen*.

2. Maßnahmen

Die Länder verbessern die Verfahrensabläufe für die Anerkennung ausländischer Pflegefachpersonen:

- Der *Bund*⁶ erarbeitet gemeinsam mit den *Ländern* Vorschläge für eine Standardisierung und Digitalisierung der Anträge auf Anerkennung von Pflegefachkraftabschlüssen aus Drittstaaten. Die Entscheidungsbefugnis bleibt bei den einzelnen *Ländern*.
- Die *Länder* halten es für zweckdienlich, einheitliche Anforderungen an die konkreten Inhalte der *Kenntnisprüfung gemäß § 40 Absatz 3 Pflegeberufegesetz* festzulegen sowie einheitliche Standards und Mindestanforderungen für Anpassungslehrgänge, insbesondere hinsichtlich Inhalte, Stundenzahl und Berücksichtigung individueller Berufserfahrung zu entwickeln. Dazu wird ein Experten-Gremium (koordiniert durch das *Bundesministerium für Gesundheit*) berufen. Dieses wird auf der Basis der *Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung* sowie den zugehörigen von der nach dieser Verordnung eingesetzten Fachkommission entwickelten Ordnungsmitteln entsprechende Vorschläge zu erarbeiten sein. Die konkreten Einzelfallprüfungen bleiben in der Zuständigkeit der *Länder*.
- Der *Bund*⁷ beauftragt die *Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe* nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen mit der Bereitstellung verlässlicher Informationen zur Gleichwertigkeit von Pflegefachkraftabschlüssen aus Drittstaaten entsprechend der identifizierten Fokusbänder und zur Feststellung des daraus resultierenden Anpassungsbedarfs. Die *Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe* erstellt in der Datenbank *anabin* (das Infoportal zu ausländischen Bildungsabschlüssen) Länderdokumentationen über Abschlüsse in den Pflegeberufen aus ausgewählten Herkunftsstaaten und erarbeitet die prototypische Bewertung ausgewählter Abschlüsse auf der Basis von Curricula und/oder staatlichen Lehrplänen. Damit können die Anerkennungsstellen Fragestellungen der Bewertung von Qualifikationen und der Feststellung der Referenzqualifikation beantworten.
Zur Begleitung der Beauftragung richtet das *Bundesministerium für Gesundheit* einen Beirat ein, in dem die Länder vertreten sind. Die Nutzung der Mustergutachten obliegt den Anerkennungsstellen der *Länder*.

⁶ Bundesministerium für Gesundheit

⁷ Bundesministerium für Gesundheit

- Die Muster-Gutachten haben empfehlende Wirkung. Die Anerkennungsbehörden können ihre Einzelfallentscheidungen auf diese Gutachten stützen und hierbei Standards etablieren. Hierbei bleibt zu berücksichtigen, dass Studierende in den Herkunftsländern aufgrund von Wahlmöglichkeiten inhaltlich individuelle Studienabschlüsse haben können.
- Die von der *Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe* erarbeiteten Dokumentationen und Bewertungen werden den zuständigen Behörden in der Datenbank anabin zur Verfügung gestellt.
- Die *Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe* erteilt den Anerkennungsbehörden Informationen zu den Länderdokumentationen und prototypischen Bewertungen, die durch die Inhalte der Gutachten nicht abgedeckt sind.
- Die Anerkennungsstellen übermitteln ihre zur Veröffentlichung geeigneten Entscheidungen zur Anerkennung der Gleichwertigkeit der Abschlüsse und sowie die Feststellung des Anpassungsbedarfs zur Anerkennung, insbesondere zu Fallkonstellationen, zu denen noch keine Mustergutachten erstellt worden sind, mit Hilfe eines elektronischen Verfahrens an die *Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe*. Die *Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe* stellt die Entscheidungen dann in die Datenbank anabin ein und macht sie allen Behörden zugänglich. Näheres regelt ein Beirat.
- Die Kapazitäten für *Anpassungsmaßnahmen und Kenntnisprüfungen gemäß § 40 Absatz 3 Pflegeberufegesetz* sowie Vorbereitungskurse für Kenntnisprüfungen werden von den an der Ausbildung beteiligten *Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen* in Abstimmung mit den Ländern bedarfsgerecht ausgeweitet. Die Anpassungsmaßnahmen sind an den *Ausbildungseinrichtungenorten gemäß § 6 Abs. 2 und 3 Satz 1 Pflegeberufegesetz* oder an von der zuständigen *Behörde* als vergleichbar anerkannten Einrichtungen durchzuführen. Mit der Geltung des neuen Pflegeberufegesetzes ab 1.01.2020 sind grundsätzlich alle staatlichen, staatlich genehmigten oder staatlich anerkannten Pflegeschulen zur Durchführung von Anpassungskursen, Kenntnisprüfungen und Vorbereitungslehrgängen berechtigt. Dabei werden die Bedarfe der Altenpflege berücksichtigt, auch im Hinblick darauf, dass gegebenenfalls benötigte Praktika in den Ausbildungseinrichtungenbetrieben der Langzeitpflege abgeleistet werden können. Die Kostenübernahme für die Kapazitätsausweitung ist gesondert zu regeln. Eine Regelung wird unter Verantwortung des Bundes, der den Prozess moderiert, gefunden werden.
- *Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen* und *Pflegeschulen* können sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten in Ausbildungsverbänden zur dauerhaften Lernortkooperation zusammenschließen und sich dabei als Lernorte für Anpassungslehrgänge zur Verfügung stellen. Gegebenenfalls nutzen sie dafür die Möglichkeit von Verbänden. Die *Länder* können die beteiligten Akteure dabei unterstützen.
- Der *Bund*⁸ moderiert den Prozess.
- *Einrichtung einer Zentralen Servicestelle Anerkennung*
 1. *Zielsetzung*
Der *Bund* strebt die Einrichtung einer bundesweit agierenden zentralen Servicestelle für anerkennungssuchende Fachkräfte im Ausland an. Ziel ist Anerkennungssuchende, die sich noch im Ausland befinden, zu den Möglichkeiten der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und damit im Zusammenhang stehenden aufenthaltsrechtlichen Fragen zu beraten und sie bei der Durchführung der entsprechenden Verfahren zu begleiten. Dadurch sollen die zuständigen Stellen der Beratung im

⁸ Bundesministerium für Gesundheit

Vorfeld der Antragstellung sowie der Nachforderung von Unterlagen und der Kommunikation mit den Antragstellenden im Rahmen des Verfahrens entlastet und

ein Beitrag dazu geleistet werden, das Anerkennungsverfahren insgesamt einheitlicher, transparenter und für die einzelnen Antragstellenden effizienter zu gestalten.

Die *Zentrale Servicestelle für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse* soll keine Bundesoberbehörde mit eigenen Entscheidungskompetenzen im Anerkennungsverfahren sein. Sie greift in Befugnisse der *Länder* nicht ein.

2. Maßnahmen zur Zielerreichung

Die Servicestelle soll nach Klärung der Frage der institutionellen Anbindung am 01.01.2020 starten. Begleitend dazu wird eine Vereinbarung mit den Ländern angestrebt, mit dem Ziel den Vollzug der Anerkennungsverfahren im Zusammenwirken mit der Zentralen Servicestelle zu vereinheitlichen und effizienter zu gestalten. Dabei greift die Zentrale Servicestelle nicht in die Befugnisse der *Länder* ein.

3. Finanzierung

Die Zentrale Servicestelle soll zunächst aus Bundesmitteln finanziert werden. Eine finanzielle Beteiligung der *Länder* ist nicht vorgesehen.

Handlungsfeld III: Verwaltungsverfahren im In- und Ausland in Zusammenhang mit der Erteilung von Visa

1. Zielsetzung

Die Verwaltungsverfahren im In- und Ausland für die Anwerbung von Pflegefachpersonen oder Menschen für eine Pflegeausbildung aus dem Ausland sollen effizienter, transparenter und zukunftsorientiert gestaltet werden.

2. Maßnahmen

Die durch die Staatssekretärs-Steuerungsgruppe eingesetzte *Arbeitsgruppe Verwaltungsverfahren* soll Vorschläge für die Verbesserung der Verfahren zwischen *Visastellen, Ausländerbehörden, der Arbeitsverwaltung, zuständigen Stellen für die Anerkennung beruflicher Qualifikationen, dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* sowie dem *Bundesverwaltungsamt* erarbeiten.⁹

Um Verfahren zu beschleunigen und Schnittstellenprobleme zu minimieren, sollen ausgehend von einer Analyse der derzeitigen Verfahrensschritte und Arbeitsabläufe eine klare Zuordnung und Abgrenzung einzelner Prüfschritte zwischen den beteiligten Behörden vereinbart sowie gegebenenfalls konkrete Änderungs- und Ergänzungsvorschläge zur zügigen Umsetzung und zur Digitalisierung der Visumverfahren erarbeitet werden. Eine stärkere Unterstützung der Auslandsvertretungen durch Inlandsbehörden wird geprüft. Die beteiligten Behörden des Bundes einschließlich der Auslandsvertretungen werden mit den erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet. Die Arbeitsgruppe soll bis September 2019 ihre Arbeit abschließen und der Staatssekretärs-Steuerungsgruppe berichten. Die Ergebnisse sollen zeitnah umgesetzt werden.

Zudem muss für die Fachkräfte aus Drittstaaten und Unternehmen, die Fachkräfte aus Drittstaaten mit Teilerkennung beschäftigen, Rechtssicherheit hergestellt und das Antragsverfahren zur Erteilung der neuen Aufenthaltserlaubnis beschleunigt werden.

Rahmenbedingungen: neues Fachkräfteeinwanderungsgesetz

1. Zielsetzung

Ordnungs- und Steuerungsrahmen für den Zuzug qualifizierter Fachkräfte aus Drittstaaten durch das neue *Fachkräfteeinwanderungsgesetz*.

2. Maßnahme

Für eine gezielte und gesteuerte Steigerung der Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften aus Drittstaaten bedarf es eines kohärenten Gesamtansatzes ineinandergreifender und aufeinander abgestimmter Maßnahmen. Daher hat die *Bundesregierung* am 2. Oktober 2018 „*Eckpunkte zur Fachkräfteeinwanderung aus Drittstaaten*“ beschlossen. Danach wird das *Fachkräfteeinwanderungsgesetz*, das den rechtlichen Rahmen für eine gezielte, an den Bedarfen orientierte Steuerung und Stärkung der Fachkräfteeinwanderung schafft, ergänzt und begleitet durch Beschleunigungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse, eine verstärkte Förderung des Erwerbs der deutschen Sprache im Ausland, eine gemeinsam mit der Wirtschaft zu erarbeitende Strategie für eine gezielte Fachkräftegewinnung und ein verbessertes Marketing sowie effizientere und transparentere Verwaltungsverfahren.

⁹ Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, die Personalausstattung und räumliche Kapazitäten in den Auslandsvertretungen (insbesondere in Schwerpunktländern) zu verbessern, um lange Wartezeiten zu vermeiden und eine schnelle Antragsbearbeitung sicherzustellen.

Am 19. Dezember 2018 hat die *Bundesregierung* den Entwurf eines *Fachkräfteeinwanderungsgesetzes* beschlossen. Aus Sicht des *Bundes* sollen die bestehenden Regelungen der Erwerbsmigration gezielt geöffnet sowie durch systematische Vereinfachungen und eine neue Struktur insgesamt klarer und transparenter gefasst werden. Der Schwerpunkt liegt bei Fachkräften mit einer qualifizierten Berufsausbildung, da die Regelungen für Hochschulabsolventen bereits nach geltendem Recht liberal sind und auch bei Fachkräften mit einer qualifizierten Berufsausbildung ein entsprechender, wirtschaftlicher Bedarf besteht.

- Es wird erstmals ein einheitlicher Fachkräftebegriff eingeführt, der sowohl Hochschulabsolventen als auch Beschäftigte mit einer qualifizierten Berufsausbildung umfasst.
- Für beide Gruppen gibt es Verbesserungen insbesondere durch den Wegfall der Vorrangprüfung bei Vorliegen eines konkreten Arbeitsplatzangebotes sowie einem erleichterten Zugang zur Niederlassungserlaubnis.
- Für Fachkräfte mit einer qualifizierten Berufsausbildung wird entsprechend der bereits bestehenden Regelung für Hochschulabsolventen der befristete Aufenthalt zur Arbeitsplatzsuche ermöglicht.
- Zudem werden die Möglichkeiten des Aufenthalts für Qualifizierungsmaßnahmen mit dem Ziel der Anerkennung ausländischer Berufsbildung gestärkt.
- Der Entwurf sieht auch Verfahrensvereinfachungen durch die Einführung beschleunigter Verfahren für Fachkräfte gegen Gebühr und die Bündelung der Zuständigkeiten bei zentralen Ausländerbehörden vor. Die Entscheidung über die Errichtung zentraler Ausländerbehörden liegt bei den *Ländern*.

Der Regierungsentwurf befindet sich im parlamentarischen Verfahren.

Handlungsfeld IV: Sprache

Der Nachweis über die für die Ausübung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache ist eine Voraussetzung für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung. Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden hat in ihrer 43. Sitzung am 6. Februar 2019 empfohlen, B2 als einheitliches Sprachniveau für alle Bundesländer festzulegen.

1. Zielsetzung

Sprachvermittlung entsprechend dem speziellen Bedarf für die Kommunikation in der Pflege. Voraussetzung ist die klare Festlegung, Prüfung und Kommunikation der sprachlichen Voraussetzungen.

2. Maßnahmen zur Sprachförderung im Inland¹⁰

Pflegefachpersonen mit ausländischen Abschlüssen, die für die Anerkennung ihrer im Ausland erworbenen Qualifikationen den Nachweis der deutschen Sprachkenntnis benötigen, erhalten im Rahmen der berufsbezogenen Deutschsprachförderung des Bundes die Möglichkeit zur Teilnahme an einer fachspezifischen Sprachförderung für nichtakademische Gesundheitsberufe in Deutschland.

Als Ergänzung der Angebote der berufsbezogenen Deutschsprachförderung wäre darüber hinaus die Einrichtung berufsbegleitender integrierter Lehrgänge aus sprachtheoretischen, sprach- und berufspraktischen Inhalten zu prüfen, die als Kooperationsmaßnahmen zwischen Pflegeschulen und Trägern für Sprachförderung/Sprachschulen ausgestaltet werden könnten.

Insbesondere für Auszubildende oder Beschäftigte ist die Bereitschaft des Arbeitgebers wichtig, über Möglichkeiten der Sprachförderung zu informieren, diese durch Freistellungen zu ermöglichen und gegebenenfalls finanziell zu unterstützen.

Wie im Regierungsentwurf des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes vorgesehen, soll die berufsbezogene Deutschsprachförderung auch für Personen aus Drittstaaten geöffnet werden, deren Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland liegt, wenn sich diese auf eine Ausbildung als Pflegefachkraft in Deutschland vorbereiten und ein Ausbildungsvertrag vorliegt. Dies betrifft insbesondere Personen, die noch in Drittstaaten wohnen, aber in Deutschland eine Pflegeausbildung beginnen möchten. Erforderlich ist diese Regelung, da in diesen Fällen die Teilnahmeberechtigung an einem Berufssprachkurs im Inland Voraussetzung für die Erteilung eines Aufenthaltstitels ist.

3. Maßnahmen zur Sprachförderung im Ausland

Die für die Aufnahme der Erwerbstätigkeit oder Ausbildung in Deutschland erforderlichen deutschen Sprachkenntnisse und deren Nachweis müssen klar und eindeutig benannt sein. Die gesetzlichen Vorgaben im Regierungsentwurf des *Fachkräfteeinwanderungsgesetzes* bilden die Grundlage. Der Erwerb von

¹⁰ Generell stehen die Kurse der berufsbezogenen Deutschsprachförderung, die in Deutschland am 1. Juli 2016 als bundesweites Angebot der Regelförderung eingeführt wurden, ausländischen Pflegekräften in Deutschland ebenso offen wie deutschen Staatsangehörigen mit Migrationshintergrund und berufsbezogenem Sprachförderbedarf. Grundsätzlich teilnahmeberechtigt sind Personen, die ausbildungssuchend, arbeitsuchend oder arbeitslos gemeldet sind; aber auch Personen, die ein bestimmtes Sprachniveau zur Berufsanerkennung benötigen sowie Auszubildende und Beschäftigte. Allerdings setzt die Teilnahme an den Basiskursen der berufsbezogenen Deutschsprachförderung in der Regel bereits ausreichende deutsche Sprachkenntnisse entsprechend dem Niveau B1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) voraus.

Deutschkenntnissen kann bereits im Herkunftsland auf einem hohen Niveau erfolgen und der Lernfortschritt regelmäßig durch international anerkannte Zertifikate nachgewiesen werden.

Neben dem *Goethe-Institut* sind auch weitere (zum Beispiel deutsche und österreichische) öffentliche und private Sprachmittler und Institute im Ausland tätig, die ebenfalls die sprachliche Qualifizierung der ausländischen Pflegefachpersonen beziehungsweise künftiger Auszubildender übernehmen können.

4. Bessere Planbarkeit des Bedarfs und der Kapazitäten

Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung (Handlungsfeld I) werden den Trägern der Sprachkurse und Sprachprüfungen mitgeteilt. Zur Erweiterung des Angebots an Sprachkursen wird auch verstärkt auf Sprachkurse von privaten Anbietern hingewiesen. Die *Goethe-Institute* erweitern das Angebot an Prüfungsterminen. An einigen Standorten im Ausland sind aktive, qualitativ hochwertige und nachhaltige Programme zur Rekrutierung von Lehrkräften dringend notwendig, da hier oft ein eklatanter Mangel an Deutschlehrkräften herrscht. Hierzu werden gerade in den ersten Jahren eines Programms zur Pflegefachpersonenqualifizierung nicht unerhebliche Investitionen notwendig sein. Die *Goethe-Institute* im Ausland berücksichtigen bei der Kursplanung neben den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des staatlichen *Triple-Win-Programms* auch Bewerberinnen und Bewerber, die über andere öffentliche und private Programme angeworben werden.

Um ein breit aufgestelltes, weltweit abrufbares Potenzial deutschsprechender Pfleger mittel- und langfristige aufzubauen, ist eine Verstärkung der systematischen Förderung von Deutschunterricht an öffentlichen und privaten Schulen vonnöten. Dabei soll besonderes Augenmerk auf die Förderung von beruflich orientierten Schulen gelegt werden. Insbesondere an Berufsschulen und Universitäten in Ländern mit hohem Pflegekräftepotenzial sollte der Deutschunterricht unterstützt werden, sodass die Auszubildenden parallel zu ihrer beruflichen Qualifizierung frühzeitig auch die Sprache erlernen. Diese Maßnahmen stehen unter dem Vorbehalt der Bereitstellung zusätzlicher Haushaltsmittel.

Abgänger von Schulen mit gefördertem Deutschunterricht, insbesondere deutscher Auslandsschulen und Schulen mit dem Angebot des Deutschen Sprachdiploms, sollen gezielt auf Berufsoptionen in den Pflegeberufen in Deutschland angesprochen werden.

Die Zusammenarbeit mit privaten, zertifizierten Sprachschulen im Ausland ist zu unterstützen und zu fördern. Aufgrund der ansteigenden Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern im Ausland ist es wichtig, die personellen Ressourcen zu bündeln und existierende Sprachschulen unabhängig der Trägerschaft zu unterstützen. Maßnahmen und Konzepte zum Spracherwerb, die sich als wirksam erwiesen haben, können übernommen und entsprechend den örtlichen Gegebenheiten weiterentwickelt werden.

Der *Bund* trägt dafür Sorge, dass die personellen und räumlichen Kapazitäten der *Goethe-Institute* für Sprachkurse und Prüfungen mit Pflegebezug bedarfsgerecht ausgeweitet werden unter der Voraussetzung, dass zusätzliche Mittel dafür bereitgestellt werden.

Handlungsfeld V: Nachhaltige, gute Integration - fachlich, betrieblich und sozial - als zentrale Voraussetzung für die Gewinnung ausländischer Pflegefachpersonen und eine gute Willkommenskultur

Dem Integrationsmanagement kommt sowohl vorbereitend im Herkunftsland als auch im Zielland Deutschland eine essenzielle Rolle zu. Vorbereitende Maßnahmen im Herkunftsland können bewirken, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits vor dem Migrationsprozess eine Vorstellung der Arbeits- und Lebenswelt in Deutschland erhalten. Dies kann zu einem realistischeren Bild führen und falsche oder unrealistische Erwartungen dämpfen, die nach der Ankunft möglicherweise zur Enttäuschung führen. Darüber hinaus ist der Ankunftsprozess in Deutschland mit einer Vielzahl an Behördengängen/Dokumenten verbunden. Je genauer und intensiver die Prüfung und Vorbereitung der Dokumente im Herkunftsland erfolgt, desto glatter verläuft der Ankunftsprozess in Deutschland. Auf der anderen Seite sollten manche Dokumentenprüfungen zielführender erst nach Ankunft in Deutschland durchgeführt werden.

1. Zielsetzung

Ein gutes Integrationsmanagement im Zielland Deutschland trägt zu einer positiven Bindung an die neue Heimat und das Arbeits- und Lebensumfeld bei. Die migrierenden Pflegefachpersonen werden bei der Vielzahl an ersten Schritten im Kontakt mit Behörden umfänglich unterstützt, gleichzeitig werden potenzielle Ängste abgebaut. Auch für den Arbeitgeber ist ein gutes Integrationsmanagement wichtig: Es ist für viele Arbeitgeber eine große Herausforderung, sich im laufenden Betrieb den neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angemessen widmen zu können. Wenn sie hier umfassende Unterstützung erhalten, senkt dies die Hürden und Vorbehalte, die Fachkräftegewinnung aus dem Ausland zu nutzen. Ein Integrationsmanagement sollte hier auch die interkulturelle Sensibilisierung und Vorbereitung des vorhandenen Personals auf die neuen Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland beinhalten. Insgesamt erfordert ein gelungenes Integrationsmanagement eine enge Kooperation, Abstimmung und Transparenz von allen Beteiligten.

2. Maßnahmen

- Die fachliche, betriebliche und soziale Integration ist unerlässliche Voraussetzung für eine nachhaltige Gewinnung und Beschäftigung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Arbeitgeber, Gewerkschaften, Trägerverbände, Bundesagentur für Arbeit, Fachverbände der Pflegekräfte, Vertreter von Pflegeschulen, Weiterbildungsinstituten sowie Kommunale Spitzenverbände entwickeln einen Werkzeugkasten für Maßnahmen zur fachlichen, betrieblichen und sozialen Integration. Sie stellen diesen bundesweit zur Verfügung. Eingeschlossen sind Mentoren- und Coaching Programme für alle am Prozess Beteiligten. Die Erfahrungen aus bereits vorhandenen Praxis-Projekten sowie bestehenden Kooperationen fließen ein. Auszubildende und einzuarbeitende Personen müssen analog zu den Auszubildenden separat im Personalschlüssel berücksichtigt werden, sie können allenfalls teillange-rechnet werden.
- Ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sowohl aus Drittstaaten als auch aus der Europäischen Union, die bereits in Deutschland leben, werden im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik seitens der Bundesagentur für Arbeit bedarfsgerecht beraten und unterstützt. Durch bedarfsgerechte Qualifizierungs- sowie Anpassungsmaßnahmen kann – wenn die Fördervoraussetzungen gegeben sind – hier Aufwärtsmobilität organisiert und so die Zahl der Rückwanderungen reduziert werden.

- Die Arbeitgeber nutzen in ihren Einrichtungen den Werkzeugkasten als Praxishilfe, um Integrationsmaßnahmen anzubieten und benennen Praxisanleiterinnen und -anleiter sowie Ansprechpersonen (Integrationspaten) in ihren Einrichtungen, die für diese Aufgaben geschult werden, unter der Voraussetzung, dass diese Schulungsmaßnahmen und Freistellungen des benannten Personals grundsätzlich finanzierbar sind.¹¹ Dabei sind die betrieblichen Interessenvertretungen einzubinden.

¹¹ DGB: Der DGB erwartet, dass diese Maßnahmen vom Arbeitgeber finanziert werden.

Handlungsfeld VI: Ausbildung in Deutschland

Mit der Ausbildungsoffensive Pflege (Laufzeit Januar 2019 bis Dezember 2023) werden Maßnahmen umgesetzt, mehr Menschen im Inland für eine Ausbildung zur Pflegefachkraft zu gewinnen. Als ergänzende Maßnahme können auch junge Menschen aus Drittstaaten unter bestimmten Voraussetzungen eine Ausbildung zur Pflegefachkraft in Deutschland aufnehmen.

1. Zielsetzung:

Gewinnung von jungen Menschen aus Drittstaaten zur Ausbildung im Inland zur Pflegefachkraft.

2. Maßnahmen:

- Unter Federführung des *Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie* - gegebenenfalls durch die Vergabe eines Forschungsauftrages - werden Kriterien für eine Drittstaaten-Potenzialanalyse zur Gewinnung von Menschen für die Pflegeausbildung in Deutschland entwickelt. Dabei werden bestehende Arbeitsgruppen, zum Beispiel das Netzwerk „Ausländische Fachkräftepotentiale erschließen“ beteiligt. Die Drittstaaten-Potenzialanalyse wird genutzt, um Länder für die gezielte Anwerbung junger Menschen für die Pflegeausbildung in Deutschland auszuwählen.
- Interessierten Unternehmen, Trägern und Einrichtungen soll auf der Grundlage der Evaluierung der Modellprojekte des Bundes „Alten- und Krankenpflege Vietnam“¹² durch das *Bundesministerium für Wirtschaft und Energie* eine Handreichung zur Verfügung gestellt werden, welche Schritte erforderlich sind, um Menschen aus Drittstaaten für eine Pflegeausbildung in Deutschland zu gewinnen.
- Das *Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie* vergibt einen Forschungsauftrag für Handreichungen auf der Grundlage der Evaluierung der *BMWi*-Modellprojekte
- Die Erkenntnisse aus dem Programm „*MobiPro-EU*“ wurden gesichert und für eine weitergehende Nutzung transferfähig aufbereitet. Aktuell wird ein Handbuch auf Grundlage der gemeinsam erarbeiteten Qualitäts- und Fachstandards erstellt. Dies kann zur Rekrutierung und Vermittlung ausländischer Auszubildender genutzt werden.
- Es ist zu prüfen, wie der finanzielle Aufwand für die Auszubildenden und die ausbildenden Einrichtungen getragen werden kann.
- Die *Bundesregierung* prüft die Öffnung der Berufsausbildungsbeihilfe für ausländische Auszubildende im Rahmen eines Gesamtansatzes. Federführung liegt beim *Bundesministerium für Arbeit und Soziales*.¹³

¹² Bundesministerium für Wirtschaft und Energie

¹³ Die Bundesregierung hat am 17. April 2019 den Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern - Ausländerbeschäftigungsförderungsgesetz - beschlossen, das unter anderem die Öffnung der Berufsausbildungsbeihilfe für ausländische Auszubildende vorsieht. Es wird angestrebt, das parlamentarische Verfahren in der ersten Jahreshälfte 2019 abzuschließen. Das Ausländerbeschäftigungsförderungsgesetz soll am 1. August 2019 in Kraft treten.

Handlungsfeld VII: Ausbildung in Drittstaaten

1. Zielsetzung

Einrichtung unmittelbar anerkennungsfähiger Pflegefachausbildungen mit integrierter Sprachausbildung in Herkunftsländern.

2. Maßnahme

Der *Bund*¹⁴ gibt eine Machbarkeitsstudie und darauf aufbauend ein mehrjähriges Projekt in Auftrag, mit dem die Qualifizierung von Pflegefachpersonen anhand des deutschen Curriculums mit integriertem Spracherwerb im Ausland unterstützt werden soll. Hierbei ist zu gewährleisten, dass das in Deutschland vorherrschende spezifische Verständnis von Pflege und vom Pflegeprozess berücksichtigt wird. Das Projekt soll noch im Jahre 2019 starten. Das *Bundesministerium für Gesundheit* beauftragt einen Projektpartner, mit dem der Aufbau geeigneter Ansätze koordiniert und zur Sicherung der Nachhaltigkeit unterstützt wird. Die WHO-Kriterien werden beachtet.

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit

Mitglieder der Arbeitsgruppe 4

Vorsitz: Bundesministerium für Gesundheit

Ko-Vorsitz: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Auswärtiges Amt

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Arbeits- und Sozialministerkonferenz

Gesundheitsministerkonferenz

Kultusministerkonferenz

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Bundesagentur für Arbeit

Bundesarbeitsgemeinschaft Ausländische Pflegekräfte (BAGAP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)

Bundesverband Pflegemanagement e.V.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Deutscher Pflegerat e.V.

Deutscher Verband der Leitungskräfte der Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)

Goethe-Institut

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Kranken- und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband)

Sozialpartner (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Verband deutscher Privatschulverbände e.V. (VDP)

Verbände der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen nach § 118 SGB XI

Impressum der Arbeitsgruppe 4

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.bmg.bund.de

Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege mit

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin
www.bmas.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Stand: Juni 2019



Entlohnungsbedingungen in der Pflege

Vereinbarungstext

Ergebnisse der Konzentrierten Aktion Pflege

Arbeitsgruppe 5

Inhalt

Vorwort	157
I. Aufgabenstellung und Besetzung der Arbeitsgruppe 5	158
II. Allgemeine Rahmenbedingungen und Entlohnungssituation in der Altenpflege	159
2.1 Allgemeine Rahmenbedingungen	159
2.2 Entlohnungssituation in der Altenpflege	160
2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Entlohnung in der Altenpflege	161
2.4 Kollektivrechtliche Entlohnungsregelungen in der Altenpflege sowie weitere Entgeltregelungen	162
III. Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Entlohnung in der Altenpflege	165
IV. Wege zur Verbesserung der Entlohnungssituation in der Altenpflege	166
4.1 Maßnahmen der Arbeitgeberverbände und der Dienstgeberseite	166
4.2 Maßnahmen unter Beteiligung des Staates	166
4.3 Erstreckung eines Tarifvertrags auf Grundlage von § 7a Arbeitnehmer-Entsendegesetz	166
4.4 Festlegung von Mindestarbeitsbedingungen auf Grundlage eines Beschlusses der Pflegekommission	168
4.5 Allgemeinverbindlicherklärung eines Tarifvertrags auf Grundlage von § 5 Tarifvertragsgesetz	169
4.6 Schlussfolgerungen der Arbeitsgruppe 5 zu den Wegen zur Verbesserung der Entlohnung in der Altenpflege	170
V. Finanzielle Folgewirkungen und Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Familien vor einer finanziellen Überforderung	171
Mitglieder der Arbeitsgruppe 5	174

Vorwort

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist ausweislich der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts im Zeitraum 2007 bis 2017 um über 50 Prozent auf 3,4 Millionen gestiegen. Dabei war allein zwischen 2015 und 2017 ein Anstieg um 550.000 Pflegebedürftige zu verzeichnen. Zwar ist dieser Anstieg zum Teil auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundene Ausweitung des Personenkreises, der Leistungen der Pflegeversicherung erhält, zurückzuführen. Gleichwohl ist festzustellen, dass der Bedarf an Pflegekräften damit vor allem in jüngster Zeit stark angestiegen ist. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Zwischen 2014 und 2017 nahm die Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse in der Altenpflege um mehr als 90.000 zu.¹

Vor diesem Hintergrund wurden vom Gesetzgeber bereits in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen in die Wege geleitet, um dem wachsenden Bedarf an Pflegekräften Rechnung zu tragen, mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege zu gewinnen und die Attraktivität des Berufs zu steigern. Zu diesen Maßnahmen zählen insbesondere auch gesetzliche Regelungen im SGB V und im SGB XI, die sicherstellen sollen, dass die Bezahlung bis zur Höhe tarifvertraglich oder in kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien vereinbarter Löhne in Pflegesatz- beziehungsweise Pflegevergütungsverhandlungen von den Leistungsträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Damit sind grundsätzlich die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Pflegeeinrichtungen die Zahlung entsprechender Löhne in vollem Umfang refinanzieren können. Voraussetzung ist, dass die Einrichtungsträger die Zahlung entsprechender Löhne an ihre Beschäftigten gegenüber den Leistungsträgern nachweisen; ist dieser Nachweis erbracht, sind der Pflegesatz/ die Pflegevergütung entsprechend zu vereinbaren.

Um dem bestehenden und künftigen Bedarf an Pflegekräften zu begegnen, ist es erforderlich, die Attraktivität des Pflegeberufs weiter zu steigern. Dies ist notwendig, einerseits um Beschäftigte in der Altenpflege zu halten; andererseits, um neue Pflegekräfte zu gewinnen.

Der Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Franziska Giffey, und der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, haben gemeinsam die Konzertierte Aktion Pflege ins Leben gerufen. Die Arbeitsgruppe 5 der Konzertierten Aktion Pflege hat sich unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und dem Ko-Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Verbesserung der Entlohnungsbedingungen in der Altenpflege befasst.

Die Entlohnung von Beschäftigten in der Altenpflege ist - bei allen Unterschieden zwischen der Alten- und der Kranken- und Kinderkrankenpflege, sowohl zwischen den Trägern als auch hinsichtlich der Entgelthöhe - deutlich geringer als von vergleichbaren Beschäftigten in der Krankenpflege. Vorliegende Studien zeigen, dass ein erheblicher Teil der in der Altenpflege Beschäftigten mit der Entlohnung nicht zufrieden ist. Der Anteil ist dabei signifikant höher als bei Beschäftigten der anderen Berufsgruppen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 5 sind der Auffassung, dass die Wertschätzung von Pflegekräften auch und insbesondere durch eine angemessene Entlohnung ausgedrückt wird. Es ist daher notwendig, zu einer Erhöhung der Entlohnung zu kommen, um die Zielsetzung der Konzertierten Aktion Pflege zu erreichen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe setzen sich daher durch verschiedene Maßnahmen für eine nachhaltige Verbesserung der Entlohnung in der Altenpflege ein. Zugleich sind Pflegebedürftige und ihre Familien vor einer Überforderung bei den Eigenanteilen in der Pflege zu schützen.

¹ Vgl. hierzu Erläuterungen zu Tabelle 2 des Faktenpapiers, letzter Absatz.

I: Aufgabenstellung und Besetzung der Arbeitsgruppe 5

Aufgabe der Arbeitsgruppe 5 war es - unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Ko-Vorsitz: Bundesministerium für Gesundheit) - Vorschläge für konkrete Maßnahmen zu erarbeiten, wie unter Wahrung der Tarifautonomie und des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts eine angemessene Entlohnung gesichert werden kann. Hierbei war unter anderem zu prüfen, welche rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür geschaffen werden müssen. Außerdem sollte sich die Arbeitsgruppe mit den Folgewirkungen der Maßnahmen und deren Finanzierung befassen.

Die an der Arbeitsgruppe 5 beteiligten Verbände und Institutionen sind im Anschluss an den Vereinbarungstext der Arbeitsgruppe 5 aufgelistet.

II: Allgemeine Rahmenbedingungen und Entlohnungssituation in der Altenpflege

2.1 Allgemeine Rahmenbedingungen

Als Grundlage für die Arbeiten in der Arbeitsgruppe 5 wurde ein Faktenpapier erstellt. Dieses soll einen Überblick über die Pflegebranche, speziell die Altenpflege, geben. Das Faktenpapier ist als Anlage 1 dem Bericht beigelegt.

Die Übersichten im Faktenpapier sind weitestgehend öffentlich zugänglichen Quellen, wie beispielsweise der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes, entnommen.

Ende 2017 wurden rund 3,4 Millionen Pflegebedürftige gezählt. Von diesen wurden Ende 2017 rund 820.000 vollstationär in Pflegeheimen versorgt, rund 830.000 durch ambulante Pflegedienste (zum Teil zusammen mit Angehörigen).²

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist zwischen 2007 und 2017 um knapp 1,2 Millionen Personen gestiegen. Dabei entfiel allein auf den Zeitraum Ende 2015 bis Ende 2017 ein Anstieg um rund 550.000 Pflegebedürftige. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird nach allen bekannten Studien weiter zunehmen. Nach aktuellen Prognosen werden im Jahr 2030 über 4 Millionen Menschen pflegebedürftig sein.

In den rund 14.500 Pflegeheimen sind rund 765.000 Personen beschäftigt, davon gut 220.000 in Vollzeit, rund 490.000 in Teilzeit. Bei den rund 14.100 ambulanten Pflegediensten wurden insgesamt rund 390.000 Beschäftigte gezählt, davon knapp 110.000 in Vollzeit, knapp 270.000 in Teilzeit. Zwischen 2014 und 2017 nahm die Anzahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse in der Altenpflege um mehr als 90.000 Stellen zu.³

Die Zahl der Leiharbeiter belief sich Ende 2017 auf gut 15.000.⁴ Sie lag damit um rund 2.000 höher als Ende 2015.

Von den insgesamt gut 1,65 Millionen Pflegebedürftigen (Stand Ende 2017), die in Pflegeheimen oder durch ambulante Pflegedienste (zum Teil zusammen mit Angehörigen) versorgt wurden, wurden knapp 785.000 Pflegebedürftige von privaten Trägern betreut (knapp 360.000 in Pflegeheimen und 425.000 ambulant). Frei-gemeinnützige Träger (AWO, DRK etc.) sowie kirchliche Träger (Diakonie und Caritas) haben insgesamt rund 900.000 Pflegebedürftige betreut (gut 510.000 in Pflegeheimen und knapp 390.000 ambulant). Auf öffentliche Träger entfielen knapp 70.000 Pflegebedürftige, wovon knapp 55.000 in Pflegeheimen betreut wurden. Die übrigen Pflegebedürftigen nahmen keine Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch.⁵

² Rund 100.000 Pflegebedürftige wurden Ende 2017 auch teilstationär versorgt. Auf Grund der Erfassung im Rahmen der Pflegestatistik kann es zu einer Doppelzählung dieser Gruppe kommen.

³ Siehe Faktenpapier Tabelle 2, Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Vgl. hierzu Erläuterungen zu Tabelle 2 des Faktenpapiers, letzter Absatz.

⁴ Siehe Faktenpapier Tabelle 4, Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte.

⁵ Auf Grund der oben bereits dargestellten möglichen Doppelzählung von teilstationären Pflegebedürftigen ist eine einfache Addition der hier aufgeführten Zahl der betreuten Pflegebedürftigen nach Trägerstrukturen nicht möglich.

2.2 Entlohnungssituation in der Altenpflege

Das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) hat auf Basis der Entgeltstatistik der Bundesagentur für Arbeit die monatlichen Bruttoentgelte von sozialversicherungspflichtigen vollzeitbeschäftigten Fachkräften und Pflegehelfern in Ost- und Westdeutschland sowie nach Bundesländern für die Jahre 2012, 2016 und 2017 ermittelt.⁶

Nach Angaben des IAB betrug im Jahr 2017 das Bruttoentgelt einer Fachkraft in der Altenpflege in Westdeutschland 2.855 Euro pro Monat. In Ostdeutschland war das Bruttoentgelt mit 2.356 um rund 500 Euro geringer (-17,2 Prozent). Bei Pflegehelfern betrug das Bruttoentgelt in Westdeutschland 2.026 Euro, in Ostdeutschland 1.759 Euro (- rund 270 Euro, - 13,2 Prozent). (Bei den Werten handelt es sich um die Medianwerte der Jahresdurchschnittswerte.)

Vergleicht man diese Zahlen - bei allen Unterschieden zwischen der Alten- und der Kranken- und Kinderkrankenpflege, sowohl zwischen den Trägern als auch hinsichtlich der Entgelthöhe - mit den entsprechenden Zahlen für die Krankenpflege, fällt auf, dass die Bruttoentgelte für Fachkräfte in der Altenpflege im Durchschnitt um über 560 Euro (Westdeutschland) beziehungsweise 670 Euro (Ostdeutschland) unter den Angaben für die Krankenpflege liegen. Bei den Pflegehelfern liegen die Werte in der Altenpflege im Durchschnitt bei knapp 590 Euro (Westdeutschland) beziehungsweise 300 Euro (Ostdeutschland) unter den Werten für die Krankenpflege.

In den letzten Jahren ist es zu einem stärkeren Anstieg der durchschnittlichen Bruttoentgelte in der Altenpflege im Vergleich zur Krankenpflege gekommen. Allerdings reicht der stärkere prozentuale Anstieg nicht aus, um die absolute Lohndifferenz zu verringern. Eine Betrachtung der Verteilung der monatlichen Bruttolöhne zeigt, dass ein größerer Anteil der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte in der Altenpflege noch geringere Löhne erhält als dies bei einer Betrachtung der Durchschnittslöhne der Fall ist. Insgesamt ist die Schwankungsbreite erheblich.

⁶ Aus Sicht eines Teils der Arbeitsgruppe sind bei der Interpretation der Zahlen unterschiedliche Rahmenbedingungen in der Alten- und der Kranken- und Kinderkrankenpflege zu berücksichtigen (unterschiedlicher Grad der Tarifbindung, unterschiedliche Formen der Finanzierung etc.).

2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Entlohnung in der Altenpflege

In Deutschland gilt seit 2010 im Bereich der Pflege ein Mindestlohn. Aktuell gilt die „Dritte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche“, mit der das derzeit geltende Mindestentgelt festgesetzt wurde. Die Verordnung tritt mit Ablauf des 30. April 2020 außer Kraft.

Der Pflegemindestlohn gilt grundsätzlich für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eines Pflegebetriebs im Sinne des § 10 Arbeitnehmer-Entsendegesetzes. Er gilt nicht für Auszubildende nach dem Berufsbildungsgesetz sowie für Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler. Er findet ferner keine Anwendung für eine berufliche Orientierungsphase, die als Arbeitsverhältnis ausgestaltet ist, für die Dauer von bis zu sechs Wochen.

Er gilt des Weiteren nicht für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Pflegebetriebe in den nicht pflegerisch tätigen Bereichen wie zum Beispiel in der Verwaltung, in der Haustechnik, Küche etc.. Abweichend von dieser Grundregel gilt für diese Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer allerdings dann der Pflegemindestlohn, wenn sie im Rahmen der von ihnen auszuübenden Tätigkeiten in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer vereinbarten Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegeleistungsbezieherinnen und -bezieherinnen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig werden, insbesondere als Alltagsbegleiterinnen und -begleiter oder beispielsweise als Präsenzkräfte.

Der seit 1. Januar 2019 gültige Pflegemindestlohn beläuft sich auf 11,05 Euro brutto in Westdeutschland (einschließlich Berlin) und auf 10,55 Euro brutto in Ostdeutschland. Ab 1. Januar 2020 werden die Mindestentgelte jeweils um 0,30 Euro brutto erhöht. Dieser Pflegemindestlohn differenziert bisher nicht nach Qualifikation (zum Beispiel zwischen Fach- und Hilfskräften).

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe verweisen auf die Bitte der Dritten Pflegekommission, für die kommende Pflegekommission die verfügbare Datenlage im Rahmen eines Monitorings aufzubereiten und bitten das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dieser nachzukommen.

2.4 Kollektivrechtliche Entlohnungsregelungen in der Altenpflege sowie weitere Entgeltregelungen

Die Arbeitsgruppe 5 hat im Rahmen ihrer Arbeit eine Übersicht über kollektivrechtliche sowie weitere Entlohnungsregelungen in der Altenpflege erstellt. Grundlage hierfür waren Zulieferungen verschiedener Arbeitsgruppenmitglieder. Die Übersicht ist dem Bericht als Anlage 2 beigelegt.

Der Übersicht sind die Bruttostundenentgelte zu entnehmen, wie sie in verschiedenen Entlohnungsregelungen vorgesehen sind. Es wurden, soweit vorhanden, die Werte für das Jahr 2018 verwendet.

Die Entgeltregelungen sind nicht in Gänze dargestellt, sondern zur besseren Vergleichbarkeit aufbereitet nach bestimmten Merkmalen. So werden die Bruttostundenentgelte nach Regelwerken gesondert ohne und mit möglichen Zusatzleistungen dargestellt. Es wird nach Tarifen für Hilfskräfte, Angelernte und Fachkräfte differenziert, ebenso wie nach der Beschäftigungsdauer (Einstieg, nach fünf Jahren, nach zehn Jahren).

In der Übersicht sind folgende Tarifverträge berücksichtigt:

- Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (Bund und Kommunen)
- Tarifverträge des Arbeitgeberverbands AWO Deutschland e.V.
- Tarifvertrag der Bundestarifgemeinschaft des Deutschen Roten Kreuzes e.V.
- Tarifverträge des Paritätischen Arbeitgeberverbands PATT e.V.
- Tarifvertrag der Paritätischen Tarifgemeinschaft e.V.

Aus dem kirchlichen Bereich sind die im Rahmen des Dritten Weges vereinbarten Arbeitsvertragsrichtlinien der Diakonie Deutschland und des Deutschen Caritasverbands e.V. dargestellt.

Schließlich enthält die Übersicht die Empfehlungen („Arbeitsvertragsrichtlinien“), die der bpa Arbeitgeberverband e.V. seinen Mitgliedern zur Anwendung vorschlägt. Diese Entgelte unterscheiden sich von den oben genannten Tarifwerken und den Arbeitsvertragsrichtlinien des kirchlichen Bereichs dadurch, dass sie nicht von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite beziehungsweise Dienstgeber- und Dienstnehmerseite ausgehandelt, sondern von Arbeitgeberverbandsseite empfohlen werden. Eine Bindungswirkung für die Mitgliedsunternehmen entsteht erst durch eine individualvertragliche Vereinbarung mit den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.

Der Arbeitgeberverband Pflege e.V. hat keine Angaben zu Entgelten vorgelegt.

Das jeweils niedrigste und höchste Bruttostundenentgelt im Jahr 2018 (ohne mögliche Zusatzleistungen, Zusatzleistungen können der Anlage 2 und 3 entnommen werden) kann der nachstehenden Übersicht entnommen werden.

Hilfskräfte

Beschäftigungsdauer	Niedrigstes Bruttostundenentgelt	Höchstes Bruttostundenentgelt
Einstieg	10,05 Euro	13,76 Euro
Nach fünf Jahren	10,55 Euro	14,76 Euro
Nach zehn Jahren	10,55 Euro	15,54 Euro

Angelernte

Beschäftigungsdauer	Niedrigstes Bruttostundenentgelt	Höchstes Bruttostundenentgelt
Einstieg	10,88 Euro	14,97 Euro
Nach fünf Jahren	11,83 Euro	15,89 Euro
Nach zehn Jahren	11,83 Euro	17,65 Euro

Fachkräfte

Beschäftigungsdauer	Niedrigstes Bruttostundenentgelt	Höchstes Bruttostundenentgelt
Einstieg	13,14 Euro	17,58 Euro
Nach fünf Jahren	14,49 Euro	18,50 Euro
Nach zehn Jahren	14,49 Euro	19,43 Euro

Die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die die vorseitig genannten Entgeltregelungen jeweils gelten, kann der nachstehenden Tabelle entnommen werden. Es handelt sich dabei um Angaben des jeweiligen Verbands/ der jeweiligen Institution.

Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (Bund und Kommunen)	39.000 ⁷
Tarifverträge des Arbeitgeberverbandes AWO Deutschland e.V.	30.000 ⁸
Tarifverträge der Bundestarifgemeinschaft des Deutschen Roten Kreuzes e.V.	4.200 ⁹
Tarifverträge des Paritätischen Arbeitgeberverbandes PATT e.V.	10.000 ¹⁰
Tarifverträge der Paritätischen Tarifgemeinschaft e.V.	4.700 ¹¹
Arbeitsvertragsrichtlinien Diakonie Deutschland	188.000 ¹²
Arbeitsvertragsrichtlinien Deutscher Caritasverband e.V.	156.000 ¹³
Arbeitgeberverband Pflege e.V.	Keine Angabe ¹⁴
bpa Arbeitgeberverband e.V.	30.000 ¹⁵

⁷ Angabe aus 2016 (2018: 33.000).

⁸ Angabe aus 2016.

⁹ Angabe aus 2016.

¹⁰ Tarifverträge mit Geltung für Thüringen, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern.

¹¹ Tarifverträge mit Geltung für Sachsen-Anhalt und Brandenburg.

¹² Angabe aus der Pflegestatistik 2017.

¹³ Angabe aus der Caritas-Einrichtungstatistik 2016.

¹⁴ Der Arbeitgeberverband Pflege hat hierzu keine Angaben gemacht.

¹⁵ Geltungsbereich der Arbeitsvertragsrichtlinien des bpa Arbeitgeberverbands nach Schätzung des bpa Arbeitgeberverbands (Stand Januar 2019; Stand Mai 2019: 40.000).

III: Zufriedenheit der Beschäftigten in der Altenpflege mit der Entlohnung

Die Arbeitsgruppe 5 hat sich im Rahmen ihrer Beratungen mit zwei Untersuchungen zur Zufriedenheit der Beschäftigten in der Altenpflege mit der Entlohnung befasst.

Bei der ersten Untersuchung handelt es sich um die Erwerbstätigenbefragung 2018 des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. In diesem Rahmen wurden knapp 18.000 Erwerbstätige befragt. Gut 300 hiervon waren in der Altenpflege beschäftigt.

Nach den im Rahmen dieser Untersuchung bei Erwerbstätigen erhobenen Daten sind in der Altenpflege 50 Prozent der Vollzeitbeschäftigten mit ihrer Entlohnung weniger zufrieden/ nicht zufrieden. Bei den Teilzeitbeschäftigten sind es 52 Prozent. In allen anderen Berufsgruppen beläuft sich der Wert bei den Vollzeitbeschäftigten auf 24 beziehungsweise auf 32 Prozent bei Teilzeitbeschäftigten.

Die zweite Untersuchung ist die Umfrage zum DGB-Index „Gute Arbeit“. An der Umfrage haben in den Jahren 2012 bis 2017 gut 35.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer teilgenommen (gewerkschaftlich Organisierte wie Nicht-Mitglieder). Davon waren rund 1.900 in Pflegeberufen, rund 600 in der Altenpflege beschäftigt.

Nach den im Rahmen dieser Umfrage erhobenen Daten halten 78 Prozent aller Pflegekräfte in der Altenpflege ihre Entlohnung „gar nicht“ oder „in geringem Maß“ für angemessen (zum Vergleich: Krankenpflege 71 Prozent). Unter den Beschäftigten aller Branchen beläuft sich dieser Anteil auf 48 Prozent. 29 Prozent aller Pflegekräfte geben an, dass sie „sehr häufig“ oder „oft“ unbezahlte Mehrarbeit im Betrieb leisten müssen. Unter den Beschäftigten aller Branchen beträgt dieser Anteil rund 16 Prozent.

Nach diesen Untersuchungen liegt der Anteil der in der Altenpflege Beschäftigten, die mit ihrer Entlohnung weniger oder nicht zufrieden sind, deutlich höher als im Durchschnitt in allen anderen beziehungsweise aller Berufsgruppen.

Aus Sicht der Mitglieder der Arbeitsgruppe 5 hat die Höhe der Entlohnung einen wesentlichen Einfluss auf die Attraktivität des Pflegeberufs. Um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und hierdurch mehr Menschen für eine Beschäftigung in der Pflege zu gewinnen, ist es daher aus Sicht der Arbeitsgruppe 5 erforderlich, die Entlohnungsbedingungen in der Altenpflege weiter zu verbessern.

IV: Wege zur Verbesserung der Entlohnungssituation in der Altenpflege

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 5 haben verschiedene Wege diskutiert, die zu einer Erhöhung der Entlohnung beitragen können.

4.1 Maßnahmen der Arbeitgeber und Dienstgeber

Grundsätzlich können die bestehenden Möglichkeiten von Arbeitgebern/ Arbeitgeberverbänden und den Dienstgeberseiten genutzt werden, über Tarifverträge und verbindliche Arbeitsvertragsrichtlinien die Entlohnungssituation der Beschäftigten zu verbessern. Entsprechendes gilt für einzelvertraglich festgelegte Entlohnungen.

4.2 Maßnahmen unter Beteiligung des Staates

Es bestehen mehrere Ansätze zur Verbesserung der Entlohnungssituation in der Altenpflege, die eine Beteiligung des Staates voraussetzen.

In der Arbeitsgruppe 5 wurden folgende Möglichkeiten beraten:

- Erstreckung eines Tarifvertrags auf Grundlage von § 7a Arbeitnehmer-Entsendegesetz
- Festlegung von Mindestarbeitsbedingungen auf Grundlage eines Beschlusses der Pflegekommission
- Allgemeinverbindlicherklärung eines Tarifvertrags auf Grundlage von § 5 Tarifvertragsgesetz

4.3 Erstreckung eines Tarifvertrags auf Grundlage von § 7a Arbeitnehmer-Entsendegesetz

Auf Grundlage der Regelung des § 7a Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) können die Rechtsnormen eines Branchentarifvertrags auf alle unter seinen Geltungsbereich fallenden und nicht an ihn gebundenen Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erstreckt werden. Die Erstreckung wird durch Erlass einer entsprechenden Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vorgenommen.

Gegenstand einer Verordnung nach dem AEntG können sein: Regelungen über

- Mindestentgeltsätze (diese können nach Art der Tätigkeit, Qualifikation oder Region differieren) und Überstundensätze,
- die Dauer des Erholungsurlaubs, das Urlaubsentgelt,
- Höchstarbeits- und Mindestruhezeiten,
- Arbeitnehmerüberlassung,
- Sicherheit, Gesundheitsschutz und Hygiene am Arbeitsplatz,
- Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit den Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen von Schwangeren und Wöchnerinnen, Kindern und Jugendlichen sowie
- die Gleichbehandlung von Männern und Frauen sowie andere Nichtdiskriminierungsbestimmungen.

Für eine Erstreckung von tarifvertraglichen Regelungen auf Grundlage des AEntG ist Voraussetzung, dass die Erstreckung im öffentlichen Interesse geboten erscheint, um die in § 1 AEntG genannten Gesetzesziele zu erreichen. Gesetzesziele des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes sind die Schaffung und Durchsetzung angemessener Mindestarbeitsbedingungen, die Gewährleistung fairer und funktionierender Wettbewerbsbedingungen, der Erhalt sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sowie die Wahrung der Ordnungs- und Befriedungsfunktion der Tarifautonomie. Besonderes Augenmerk soll im Rahmen der Prüfung des öffentlichen Interesses darauf gelegt werden, ob die Erstreckung der tarifvertraglichen Regelungen einem Verdrängungswettbewerb über die Lohnkosten entgegenwirkt.

Im Rahmen des Ordnungsverfahrens nach § 7a AEntG zur Erstreckung eines Tarifvertrags ist der Tarifausschuss zu beteiligen. Dabei handelt es sich um ein aus je drei Vertretern der Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer bestehendem Gremium.

Die tarifvertraglichen Regelungen, die durch Rechtsverordnung nach § 7a AEntG erstreckt werden, gelten ausnahmslos für alle unter den Geltungsbereich fallenden Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (auch für aus dem Ausland entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für anderweitig tarifgebundene Betriebe ebenso wie für kirchliche Träger). Eine Entlohnung unterhalb der in der Verordnung vorgesehenen Tarife ist für Beschäftigungsverhältnisse, die unter den Geltungsbereich der Verordnung beziehungsweise des Tarifvertrags fallen, nicht zulässig.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales beabsichtigt, einen Gesetzentwurf zur Änderung des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes („Gesetz über Verbesserungen bei der Festlegung von Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche“) in das Bundeskabinett einzubringen. Neben Änderungen von Regelungen über die Pflegekommission (siehe hierzu 4.4) sind darin Regelungen vorgesehen, die für die Einbeziehung des kirchlichen Bereichs in die Regelung des § 7a AEntG im Bereich der Pflege im Hinblick auf dessen Selbstbestimmungsrecht notwendig sind. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit wirken darauf hin, dass sich das Bundeskabinett zeitnah nach Abschluss der Konzierten Aktion Pflege mit dem Gesetzentwurf befasst.¹⁶

¹⁶ Der Entwurf des Gesetzes wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in der Arbeitsgruppe in Teilen mündlich vorgestellt.

4.4 Festlegung von Mindestarbeitsbedingungen auf Grundlage eines Beschlusses der Pflegekommission

Für die Pflegebranche sieht das AEntG die Festlegung von Mindestarbeitsbedingungen auf Vorschlag der Pflegekommission nach den Regelungen der §§ 10 ff. AEntG vor. Die Pflegekommission besteht aus insgesamt acht Personen, aus jeweils zwei Vertretern der weltlichen Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite sowie der kirchlichen Dienstgeber- und Dienstnehmerseite.

Adressaten dieser Mindestarbeitsbedingungen können Betriebe und selbstständige Betriebsabteilungen sein, die überwiegend ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflegeleistungen (oder ambulante Krankenpflegeleistungen) erbringen.

Als Regelungsgegenstände kommen bei einer Festlegung auf Grundlage eines Vorschlags der Pflegekommission

- Mindestentgeltsätze (diese können nach Art der Tätigkeit, Qualifikation oder Region differieren) und Überstundensätze sowie
- die Dauer des Erholungsurlaubs, das Urlaubsentgelt oder ein zusätzliches Urlaubsgeld

in Betracht. Die erstreckbaren Regelungsgegenstände sind im Falle eines Vorschlags der Pflegekommission mithin enger gefasst als bei der Regelung des § 7a AEntG.

Bei der Entscheidung über den Erlass einer Verordnung zur Festsetzung der von der Pflegekommission vorgeschlagenen Mindestarbeitsbedingungen hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales neben den in § 1 AEntG genannten Gesetzeszielen (siehe oben unter 4.3) nach § 11 Absatz 2 AEntG die Sicherstellung der Qualität der Pflegeleistung sowie den Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege nach § 11 Absatz 2 SGB XI zu berücksichtigen. Die Regelung des § 11 Absatz 2 SGB XI bestimmt:

„Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.“

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales beabsichtigt, einen Gesetzentwurf zur Änderung des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes („Gesetz über Verbesserungen bei der Festlegung von Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche“) in das Bundeskabinett einzubringen. Dieser zielt unter anderem darauf ab, die Pflegekommission dauerhaft einzurichten und die Handlungsfähigkeit der Pflegekommission zu sichern. Dabei soll auch das Anliegen des Koalitionsvertrags aufgegriffen werden, dass sich die Pflegekommission zeitnah mit der Angleichung des Pflegemindestlohns in Ost- und Westdeutschland befasst, sowie eine Differenzierung nach Qualifikation vorgesehen wird. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit wirken darauf hin, dass das Bundeskabinett sich zeitnah nach Abschluss der Konzierten Aktion Pflege mit dem Gesetzentwurf befasst.

4.5 Allgemeinverbindlicherklärung eines Tarifvertrags auf Grundlage von § 5 Tarifvertragsgesetz

Auf Grundlage der Regelung des § 5 Absatz 1 Tarifvertragsgesetz (TVG) kann ein Tarifvertrag für allgemeinverbindlich erklärt werden. Bei bundesweit geltenden Tarifverträgen ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Allgemeinverbindlicherklärung zuständig.

Anders als das AEntG sieht das TVG bei einer Allgemeinverbindlicherklärung keine Einschränkungen im Hinblick auf die Inhalte des Tarifvertrags vor.

Die Allgemeinverbindlicherklärung muss im öffentlichen Interesse geboten erscheinen. Nach Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts ist vom Vorliegen eines öffentlichen Interesses grundsätzlich auszugehen, wenn dem Tarifvertrag in seinem Geltungsbereich überwiegende Bedeutung zukommt. Jedoch könne auch dann, wenn die Darlegung der überwiegenden Bedeutung nicht möglich ist, ein öffentliches Interesse vorliegen und die Allgemeinverbindlicherklärung ausgesprochen werden. Im Rahmen der Prüfung des öffentlichen Interesses seien vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Vor- und Nachteile einer Allgemeinverbindlicherklärung abzuwägen. Dem Ministerium komme hier ein großer Beurteilungsspielraum zu (BAG 10 ABR 62/16).

Einer Allgemeinverbindlicherklärung nach dem Tarifvertragsgesetz muss der Tarifausschuss zustimmen.

Durch eine Allgemeinverbindlicherklärung erlangen die Regelungen des Tarifvertrags für die bisher nicht tarifgebundenen Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Geltung. Es wird jedoch keine Geltung der tarifvertraglichen Regelungen gegenüber ausländischen Arbeitgebern und ihren entsandten Arbeitnehmern sowie gegenüber anderweitig Tarifgebundenen erzielt.

4.6 Schlussfolgerungen der Arbeitsgruppe 5 zu den Wegen zur Verbesserung der Entlohnung in der Altenpflege

Unter den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 5 besteht Konsens darüber, dass in der Pflege weitere Verbesserungen bei der Entlohnung erreicht werden müssen.

Alle Arbeitgeberverbände und die Dienstgeberseite in der Arbeitsgruppe 5 sagen daher zu, ihre Lohnstrukturen darauf hin zu überprüfen, ob sie im Branchenvergleich angemessen und konkurrenzfähig sind, und diese gegebenenfalls anzuheben. Soweit ihre Mitglieder durch Haustarifverträge gebunden sind, werben die Verbände dafür, dass die Mitglieder diese Erhöhungen selbst nachvollziehen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 5 sind gemeinsam der Auffassung, dass dieser Weg durch die Festlegung verbindlicher Lohnuntergrenzen für die Altenpflege weiter unterstützt werden muss. Die Arbeitsgruppe empfiehlt, dass Mindestentgelte in der Pflegebranche künftig mindestens nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften differenzieren. Darüber hinaus empfiehlt sie eine Befassung mit der Angleichung des Pflegemindestlohns in Ost- und Westdeutschland.

Eine Mehrheit der Arbeitsgruppe 5 befürwortet die Festlegung von Lohnuntergrenzen und weiterer Mindestarbeitsbedingungen durch Erstreckung eines Tarifvertrags auf Grundlage von § 7a AEntG. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite sollen zügig den Abschluss eines Tarifvertrags für die Beschäftigten in der Altenpflege anstreben. Das Deutsche Rote Kreuz trägt diesen Ansatz nicht mit. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., bpa Arbeitgeberverband e.V., BDA | Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. und Arbeitgeberverband Pflege e.V. weisen darauf hin, dass 43 Prozent der Pflegebeschäftigten in privaten Einrichtungen tätig sind. Sie äußern rechtliche bis hin zu verfassungsrechtlichen Bedenken gegen diesen Weg und lehnen diesen Weg ab.

Die Vertreter des kirchlichen Bereichs unterstützen diesen Ansatz unter der Prämisse, dass der Bedeutung der kirchlichen Träger in der Pflege vor dem Hintergrund des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts angemessen Rechnung getragen wird. Daher soll die Regelung des § 7a AEntG für den Bereich der Pflege modifiziert werden. So soll paritätisch besetzten Kommissionen des kirchlichen Bereichs vor Abschluss eines Tarifvertrags für die Altenpflege, für den ein Antrag auf Erstreckung geplant ist, die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben werden. Stimmen paritätisch besetzte Kommissionen des kirchlichen Bereichs dem Antrag der Tarifvertragsparteien auf Erstreckung ihres Tarifvertrags zu, kann - bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen - der Tarifvertrag auf alle Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Branche erstreckt werden. Soweit der Weg über § 7a AEntG im Hinblick auf die Altenpflege beschritten würde, würde dies der Festsetzung von Mindestarbeitsbedingungen auf Grundlage eines Vorschlags der Pflegekommission vorgehen. Kommt kein wirksamer Antrag der Tarifvertragsparteien zustande, soll die Pflegekommission einberufen werden. Diese würde dann auf Grundlage ihrer Regularien einen Vorschlag erarbeiten. Die zur Umsetzung dieses Verfahrens erforderlichen rechtlichen Anpassungen sollen im AEntG vorgenommen werden (vergleiche Ausführungen unter 4.3 und 4.4).

Daneben soll aus Sicht der Arbeitsgruppe 5 weiterhin der Weg über die Pflegekommission eröffnet bleiben. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass hierüber bei Bedarf verbindliche Lohnuntergrenzen für die Pflege festgesetzt werden können.

Eine Allgemeinverbindlicherklärung auf Grundlage von § 5 TVG wird demgegenüber von der Arbeitsgruppe 5 nicht als zielführend angesehen.

V: Finanzielle Folgewirkungen und Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Familien vor einer finanziellen Überforderung

Die Bundesregierung hat bereits in der vergangenen Wahlperiode die Stärkung der Pflege und die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte zu ihrem Schwerpunkt gemacht. Sie hat insbesondere im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze zahlreiche Regelungen getroffen, die sich direkt oder indirekt positiv auf Vergütungen und Arbeitsbedingungen auswirken.

Zu diesen Maßnahmen zählen insbesondere auch gesetzliche Regelungen im SGB V und im SGB XI, die sicherstellen sollen, dass die Bezahlung bis zur Höhe tarifvertraglich oder in kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien vereinbarter Löhne in Pflegesatz- beziehungsweise Pflegevergütungsverhandlungen von den Leistungsträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Damit sind die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Pflegeeinrichtungen die Zahlung entsprechender Löhne in vollem Umfang refinanzieren können. Voraussetzung ist, dass die Einrichtungsträger die Zahlung entsprechender Löhne an ihre Beschäftigten gegenüber den Leistungsträgern nachweisen.

Dabei wurden auch die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung deutlich erhöht. Die spürbaren Leistungsverbesserungen zum 1. Januar 2015 wurden durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz weiter ausgeweitet. Im Koalitionsvertrag für die 19. Wahlperiode ist vereinbart worden, die Sachleistungen der Pflegeversicherung kontinuierlich an die Personalentwicklung anzupassen. Die Bundesregierung wird diese Vereinbarung - nachdem zum 1. Januar 2019 bereits das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz mit zahlreichen Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit in der Pflege in Kraft getreten ist - konkretisieren und umsetzen.

Über die Seite der Trägerverbände hinaus wurde in der Arbeitsgruppe 5 deutlich gemacht, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung absehbar zu Erhöhungen der Pflegesätze führen. Sie weisen darauf hin, dass der weit überwiegende Teil (in einer Größenordnung von 70 Prozent und mehr) der Kosten der Einrichtungen Personalkosten sind. Eine gute Versorgung in der Pflege erfordert stabile und investitionsfähige Anbieter.

Im Teilnehmerkreis bestand Einigkeit darüber, dass eine Verbesserung der Entlohnung eine Anhebung der Leistungsbeträge und damit einhergehend eine weiter verbesserte Finanzausstattung der Pflegeversicherung erforderlich macht. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe ist der Auffassung, dass die Eigenanteile in der Pflege die Pflegebedürftigen und ihre Familien nicht überfordern dürfen. Sie hält es für erforderlich, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Eigenanteile zu begrenzen. Die Förderung der Investitionen von Pflegeeinrichtungen durch die Länder gemäß § 9 SGB XI muss nach Ansicht der Mehrheit der Mitglieder der Arbeitsgruppe ebenso sichergestellt werden.

Ziel ist es, höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu ermöglichen. Zugleich sind Pflegebedürftige und ihre Familien vor einer Überforderung bei den Eigenanteilen in der Pflege zu schützen. Unter dieser Prämisse wird die Bundesregierung - wie im Koalitionsvertrag vorgesehen - bei der Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung insbesondere auch eine Anpassung der Sachleistung

einbringen. Auch die sozialraumorientierte Weiterentwicklung und Förderung der Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur durch die Länder (u.a. § 9 SGB XI) trägt zu diesem Ziel bei.¹⁷

Die Arbeitsgruppe hat sich mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten des IGES-Instituts „Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege“ befasst (siehe Anlage 4). In diesem Gutachten sind Szenarien über Kostenauswirkungen enthalten.

Der Pflegebevollmächtigte sprach sich darüber hinaus für mehr Transparenz über die Umsetzung der gesetzlichen Regelung aus, nach der die Leistungsträger die Bezahlung bis zur Höhe tarifvertraglich oder in kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien vereinbarter Löhne in Pflegesatz- beziehungsweise Pflegevergütungsverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen von diesen nicht als unwirtschaftlich ablehnen dürfen. Damit verbunden ist das Erfordernis, gegenüber den Leistungsträgern nachzuweisen, dass entsprechende Löhne auch tatsächlich gezahlt werden; ist dieser Nachweis erbracht, sind der Pflegesatz und die Pflegevergütung entsprechend zu vereinbaren. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den GKV-Spitzenverband gebeten, zu gegebener Zeit über die Erfahrungen in der Umsetzung der gesetzlichen Nachweispflichten zu berichten.

Zudem wurden in der Arbeitsgruppe 5 die Spannungsfelder Beitragssatzstabilität, Generationengerechtigkeit, Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und andere Finanzierungswege diskutiert.

¹⁷ Die Länder müssen das Budgetrecht der Landesparlamente beachten. Soweit zur Umsetzung der Beiträge der Länder zusätzliche Mittel oder Stellen erforderlich sind, stehen diese daher unter dem Vorbehalt der Bereitstellung entsprechender Mittel oder Stellen durch den jeweiligen Haushaltsgesetzgeber.

Anlagen zum Vereinbarungstext der Arbeitsgruppe 5

Anlage 1: Faktenpapier

Anlage 2: Übersicht Bruttostundenentgelte in (kollektivrechtlichen) Vereinbarungen in der Altenpflege

Anlage 3: Zulieferungen zur Übersicht Bruttostundenentgelte in (kollektivrechtlichen) Vereinbarungen in der Altenpflege

Anlage 4: Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege/Ergebnisse des Forschungsgutachtens, IGES-Institut (2019)

zu finden unter:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales:

www.bmas.de/KAP

Bundesministerium für Gesundheit:

www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:

www.bmfsfj.de

Mitglieder der Arbeitsgruppe 5

Vorsitz: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Ko-Vorsitz: Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie

Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder

Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Arbeitgeberverband AWO Deutschland e.V.

Arbeitgeberverband Pflege e.V.

bpa-Arbeitgeberverband e.V.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Bundestarifgemeinschaft des Deutschen Roten Kreuzes e.V.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands

Deutsche Bischofskonferenz (DBK)

Deutscher Caritasverband e.V.

Deutscher Gewerkschaftsbund

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.

Deutscher Pflegerat e.V.

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Diakonie Deutschland

Dienstgeberseite der Arbeitsrechtlichen Kommission der Diakonie Deutschland

Dienstgeberseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes e.V.

Dienstnehmerseite der Arbeitsrechtlichen Kommission der Diakonie Deutschland

Kranken- und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband)

Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes

Paritätische Tarifgemeinschaft e.V.

Paritätischer Arbeitgeberverband PATT e.V.

Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Verbände der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden

Angehörigen nach § 118 SGB XI

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

Impressum der Arbeitsgruppe 5

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin
www.bmas.de

Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege mit

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Stand: Juni 2019

Impressum

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin
www.bmg.bund.de

Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege mit

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin
www.bmas.de

Stand: Juni 2019, 1. Auflage

Gestaltung Logo KAP: www.zweiband.de

Gestaltung Broschüre: Herrlich GmbH | www.herrlich-berlin.com

Druck: X-Media GmbH

