



Die
Bundesregierung

Konzertierte Aktion Pflege

Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der
Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5



Gemeinsam
für Pflege
#KAP



Gemeinsam
für Pflege
#KAP

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach dem ersten Umsetzungsbericht im Jahr 2020 macht auch der jetzt vorgelegte zweite Umsetzungsbericht zur Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) deutlich, dass die Umsetzung der Vereinbarungen gut voranschreitet und erste Wirkungen zeigt. Auch in der Pandemie ist die Zahl der Beschäftigten in der Alten- und Gesundheitspflege weiter gestiegen: Im Oktober 2020 gab es in diesem Bereich rund 1,77 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Das waren 43.300 mehr als im Vorjahr.

Gerade angesichts der großen Belastungen für beruflich Pflegende in der Pandemie war und ist es uns und den KAP-Partnern wichtig, die Rahmenbedingungen für die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie die Entlohnung weiter deutlich zu verbessern. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde für beruflich Pflegende in der Altenpflege eine Entlohnung nach Tarif beschlossen und ein bundeseinheitliches Personalbemessungsverfahren eingeführt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können durch das Personalbemessungsverfahren künftig insgesamt rd. 17.300 zusätzliche Fachkraft- und rd. 40.000 zusätzliche Hilfskraftstellen finanzieren. Auch für die Krankenhäuser wird ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren entwickelt und erprobt. Ziel dieser Regelungen ist es vorrangig, die Arbeitsverdichtung in der Pflege zu verringern und die Entlohnungssituation zu verbessern. Sie tragen somit wesentlich zu der in der KAP angestrebten Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege bei. Wir sind zuversichtlich, dass die neu ermöglichten Stellen in Zukunft auch besetzt werden können: Die hohe Zahl der Ausbildungseintritte im Jahr 2020 belegt, dass die neue Pflegeausbildung – auch unterstützt durch die im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege initiierte starke Kampagne – erfolgreich gestartet ist. Auch bei der Entlohnungssituation zeigt sich eine positive Entwicklung: Die Löhne in der Pflegebranche sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Dieser Lohnanstieg ist dabei deutlich stärker ausgefallen als in der Gesamtwirtschaft.

Darüber hinaus wurden viele weitere Maßnahmen in die Wege geleitet, um die Attraktivität des Berufes weiter zu steigern, Personal zu gewinnen und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Hierunter fallen beispielhaft:

- die Umsetzung der im Fachkräfteeinwanderungsgesetz angepassten Rahmenbedingungen für die Anwerbung von außereuropäischen Fachkräften aus dem Ausland,
- die Ausweitung der Fördermöglichkeiten der Bundesagentur für Arbeit bei beruflichen Weiterbildungen,
- die Verbesserung der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten durch die Vereinfachung und Beschleunigung von Modellen zur Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegefachpersonen,
- eine Aufwertung der Fachkompetenz von Pflegefachpersonen, indem ihnen künftig mehr Befugnisse in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen eingeräumt werden.

Die KAP ist ein Gemeinschaftsprojekt – die Partner haben mit der Umsetzung der von ihnen vereinbarten Maßnahmen den Erfolg erst ermöglicht. Dafür möchten wir uns bedanken. In der Pandemiesituation konnte noch nicht jede Maßnahme der Partner wie geplant umgesetzt werden. Dies betrifft auch die verbandliche und betriebliche Umsetzung. Wir sind zuversichtlich und erwarten auch, dass mit dem Impffortschritt und den besseren Möglichkeiten zum Umgang mit der Pandemie dort, wo noch etwas zu tun ist, eine zügige Umsetzung erfolgt. Die beteiligten Bundesministerien werden die Umsetzung der laufenden KAP-Maßnahmen zusammen mit den Partnern der KAP weiterhin aktiv vorantreiben und konstruktiv begleiten.

Berlin, im August 2021



Jens Spahn, MdB
Bundesminister
für Gesundheit



Christine Lambrecht, MdB
Bundesministerin
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



Hubertus Heil, MdB
Bundesminister
für Arbeit und Soziales

Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	12
1. Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023): Der Start der neuen generalistischen Pflegeausbildung	18
1.1 Einleitung.....	18
1.2 Der Start der neuen generalistischen Pflegeausbildung.....	19
1.3 Gemeinsam in Lernortkooperationen und Ausbildungsverbänden ausbilden (Handlungsfeld 1.2).....	25
1.3.1 Förderprogramm des Bundes und Aufbau von Koordinierungsstellen.....	25
1.3.2 Koordination der Ausbildung in Ausbildungsverbänden und durch Praxisanleitende.....	26
1.4 Ausbildungsqualität und Ausbildungserfolg sichern (Handlungsfeld 3.1).....	28
1.4.1 Strukturelle Maßnahmen zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen.....	28
1.4.2 Individuelle Begleitung von Auszubildenden.....	29
1.4.3 Forschungsansätze.....	31
1.5 Ausbilden in der Pandemie.....	32
1.6 Die Öffentlichkeit über die neuen Pflegeausbildungen informieren (Handlungsfeld 2.2).....	35
1.7 Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickeln (Handlungsfeld 3.4).....	36
1.8 Daten und Forschung zur Ausbildung in den Pflegeberufen (Handlungsfeld 1.1).....	39
2. Arbeitsgruppe 2 „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“	44
2.1 Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sicherstellen.....	49
2.2 Beruflich Pflegende (zurück-)gewinnen und halten.....	56
2.2.1 Nicht gewünschte Teilzeitbeschäftigung in der Pflege reduzieren.....	56
2.2.2 Wiedereinstieg in den Pflegeberuf – Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer motivieren.....	57
2.2.3 Die Fort- und Weiterbildung stärken.....	60
2.3 Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung nutzen.....	62
2.4 Pflege als attraktiver Arbeitsplatz: Transparenz über gute Arbeitsbedingungen schaffen – Stammpersonal im Betrieb halten und Leiharbeit reduzieren.....	65
2.5 Kompetente Führung.....	68
2.6 Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, flexible und verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung und lebensphasengerechte Aufgabenverteilung im Betrieb.....	69
2.7 Wertschätzung und Anerkennung.....	72

3. Arbeitsgruppe 3 „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“	76
3.1 Gestaltung neuer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen	76
3.2 Digitalisierung und Zukunftstechnologien in der Pflege.....	81
3.2.1. Die Leistungserbringer in der Telematikinfrastruktur vernetzen.....	81
3.2.2. Die Digitalisierung im Verwaltungsverfahren vorantreiben	82
3.2.3. Digitalisierung und technische Unterstützung im Bereich Pflege und Betreuung vorantreiben.....	83
3.3 Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung und an den Schnittstellen zwischen pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung.....	89
3.4 Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen und Flexibilisierung vertraglicher Gestaltungs- und Vergütungsmöglichkeiten.....	90
4. Arbeitsgruppe 4 „Pflegekräfte aus dem Ausland“	94
4.1 Ausgangslage.....	94
4.2 Module in Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).....	94
4.2.1 Gütesiegel und Förderung eines betrieblichen Integrationsmanagements – Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF).....	94
4.2.2 Anträge auf Visum, Berufsankennung, Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis – Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa).....	95
4.2.3 Anerkennung der ausländischen Berufsabschlüsse von internationalen Pflegefachkräften – Erstellung von Länderberichten und Mustergutachten – Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG).....	95
4.2.4 Integrierte Ausgleichsmaßnahme für die Anerkennung von Pflegefachkraftabschlüssen (INGA-Pflege) Philippinen – Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Institut für Gesellschaftliche Integration und Migration (GIM) unter Koordination des Deutschen Kompetenzzentrums für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF).....	96
4.2.5 Aufbau unmittelbar in Deutschland anerkennungsfähiger Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte in ausgewählten Drittstaaten – Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) – Global Skills Partnership.....	96
4.3 Federführung für und Umsetzung von verschiedenen Maßnahmen durch weitere Bundesministerien	97
4.3.1 Fachkräfteeinwanderungsgesetz.....	97
4.3.2 Strategie zur Fachkräftegewinnung.....	97
4.3.3 Potenzialanalyse für die Fachkräftegewinnung in Drittstaaten durch die BA.....	98
4.3.4 Zentrale Servicestelle Berufsankennung (ZSBA).....	98
4.3.5 Spracherwerb im Ausland	99
4.3.6 Deutschsprachförderung im Inland	99
4.3.7 Gewinnung von jungen Menschen aus Drittstaaten zur Ausbildung in Deutschland zur Pflegefachkraft.....	99
5. Arbeitsgruppe 5 „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“	104
Abkürzungsverzeichnis	9
Anhang	109

Abbildungen

Abbildung 1: Übersicht zu den Zielen und Themen der KAP und ihrer fünf Arbeitsgruppen sowie zum jeweiligen Vorsitz.....	13
Abbildung 2: Eintritte in eine Pflegeausbildung 2015 bis 2020.....	19
Abbildung 3: Eintritte in Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung zur Pflegefachperson.....	22
Abbildung 4: Erstausbildungen und Umschulungen zu Pflegefachpersonen mit Eintritt in das erste Schuljahr.....	23
Abbildung 5: Entwicklungsrad für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft.....	47
Abbildung 6: Zusätzliche Stellen gem. § 84 Abs. 9 SGB XI im Zeitraum 01.01.2021 - 31.03.2021	51
Abbildung 7: Mittelabruf und zusätzliche Stellen gem. § 8 Abs. 6 SGB XI (PpSG, bis 31.03.2021).....	53
Abbildung 8: Indikatoren für gute Arbeitsplätze in der Pflege	66
Abbildung 9: Einsatz der Mittel zur Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gem. § 8 Abs. 7 SGB XI (n = 504 Maßnahmen in 2020).....	70

Tabellen

Tabelle 1: Ausbildungseintritte 2019 bis 2020 nach Bundesländern.....	20
Tabelle 2: Zahlen zur Inanspruchnahme der Plattform #pflegereserve (Stand 30. April 2021)	59

Einleitung

Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) haben sich Bund, Länder und alle relevanten Akteure in der Pflege im Juni 2019 verbindlich auf Ziele und konkrete Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsalltags und der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden sowie zur Stärkung der Ausbildung in der Pflege verständigt.¹

Die KAP ist eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Die Umsetzung der Vereinbarungen wird durch das BMG durch ein Monitoring und eine Berichterstattung begleitet. Für die Ausbildungs-offensive Pflege erfolgt darüber hinaus eine Berichterstattung durch das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA).

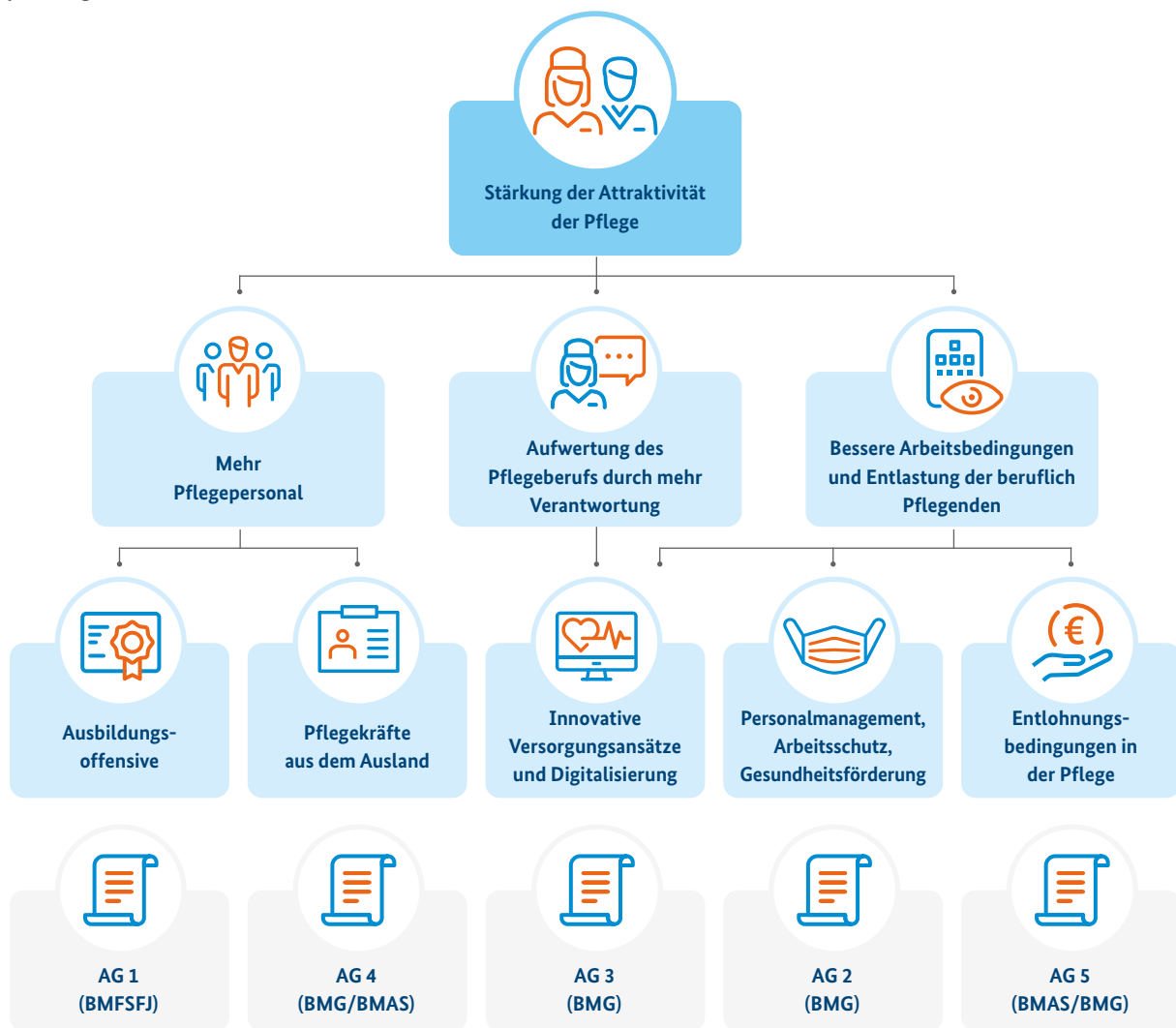
Der erste Umsetzungsbericht, der pandemiebedingt etwas mehr als ein Jahr nach Abschluss der Vereinbarungen im November 2020 erschienen ist, bildete Aktivitäten und Ergebnisse zur Umsetzung der KAP-Vereinbarungen bis einschließlich September 2020 ab.² Der vorliegende zweite Umsetzungsbericht informiert über den Stand der von den Akteuren bis einschließlich April 2021 abgeschlossenen oder begonnenen Maßnahmen zur Umsetzung der KAP-Vereinbarungen.

Der Bericht ist, ebenso wie der erste Umsetzungsbericht, inhaltlich nach den fünf Arbeitsgruppen der KAP gegliedert. Deren inhaltliche Schwerpunkte und das jeweils federführende Ressort sind der Abbildung 1 zu entnehmen.

¹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege – Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, November 2019, Berlin

² https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf

Abbildung 1: Übersicht zu den Zielen und Themen der KAP und ihrer fünf Arbeitsgruppen sowie zum jeweiligen Vorsitz



Quelle: Darstellung IGES, auf Basis BMG (Hrsg.) (2019), s. Fußnote 1

Eine Übersicht aller an der KAP beteiligten Akteure findet sich im Anhang. Anhang I enthält die Liste der Mitglieder des Dachgremiums, die Anhänge II listen jeweils die Mitglieder der einzelnen Arbeitsgruppen auf.

Um unter anderem die KAP-Vereinbarungen im eigenen Bundesland umzusetzen, haben einige Länder Initiativen gegründet, die sich am Vorbild der KAP orientieren und alle relevanten Akteure unter dem übergeordneten Ziel der Fachkräftesicherung zusammenbringen. Hierunter fallen:

- der Pakt für Pflege in Brandenburg (2020)
- die Konzertierte Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.NI, 2019)
- die „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0“ (FQI Pflege 2.0) in Rheinland-Pfalz 2018 – 2022

Weblinks:

Brandenburg
https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/PfP_Vereinbarung_ohne_Unterschriften.pdf

Niedersachsen
https://www.ms.niedersachsen.de/download/148849/Kooperationsvereinbarung_KAP.Ni.pdf

Rheinland-Pfalz
https://mastd.rlp.de/fileadmin/msgd/Arbeit/Arbeit_Dokumente/Vereinbarung_FQI_Pflege2.0.pdf



Weblinks:

Bayern

<https://www.stmgp.bayern.de/ministerium/behoerden-und-gremien/>

<https://fks-plus.de/>

Berlin

<https://www.berlin.de/sen/pflege/grundlagen/pflege-4-0/>

Hamburg

<https://www.hamburg.de/contentblob/12535760/021448a08d5bb849c592f45bfaac035d/data/allianztext-download.pdf>

Hessen

https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/gwe_gesundheitspakt_3.0.pdf

<https://soziales.hessen.de/arbeitsfachkraeftesicherung/neues-buendnis-fachkraeftesicherung-hessen-0>

In weiteren Bundesländern wurden die Ziele und Vereinbarungen der KAP auf Landesebene im Rahmen bestehender Initiativen mit z. T. übergeordneten Schwerpunkten einbezogen, wie z. B.

- im Bündnis für generalistische Pflegeausbildung in Bayern (seit 2019) und in der Initiative zur Fachkräftesicherung FKS+
- in der Berliner Landesinitiative „Pflege 4.0 – Made in Berlin“ (2018)
- die Hamburger Allianz für die Pflege (2019). In Hamburg wird die Umsetzung der KAP-Maßnahmen darüber hinaus in einer Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses begleitet.
- im Hessischen Gesundheitspakt 3.0 (2019 – 2022) und im Neuen Bündnis Fachkräftesicherung Hessen 2020
- im Pflegepakt Saarland: der Pakt wurde bereits 2016 initiiert und verfolgt als Ziel bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, mehr gesellschaftliche Anerkennung und Familienfreundlichkeit von Pflegeberufen.

Das Land Bremen hat im Rahmen der seit 2012 bestehenden Bremer Pflegeinitiative (BPI) 2019 einen Abgleich mit den Vereinbarungen der KAP vorgenommen. Im Februar 2021 wurde eine zweite Fortführungsphase der BPI bis Ende 2022 beschlossen (BPI III), mit dem Schwerpunkt der Umsetzung der KAP auf der Bremer Landesebene. Die Schaffung einer Koordinierungsstelle (KoSt) wurde beschlossen, die Besetzung soll im Herbst 2021 erfolgen. Nordrhein-Westfalen (NRW) hat in Umsetzung der Aktivitäten aller an der Konzertierten Aktion Pflege beteiligten Akteure die Arbeitsgruppen der KAP auf Landesebene als Unterarbeitsgruppen des Landesausschusses Alter und Pflege gespiegelt.



Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023)

Arbeitsgruppe 1

1. Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023): Der Start der neuen generalistischen Pflegeausbildung

1.1 Einleitung

Die „Ausbildungsoffensive Pflege (2019 - 2023)“ ist das Ergebnis der vom BMFSFJ geleiteten Arbeitsgruppe 1 der KAP der Bundesregierung. Ihr Ziel ist es, engagierte und gut ausgebildete Pflegefachpersonen für das Berufsfeld zu gewinnen und den Start der neuen Pflegeausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz ab 2020 zu unterstützen. Mit dem Pflegeberufegesetz ist ein wichtiger Schritt getan, die Pflege als Beruf attraktiv und zukunftssicher aufzustellen. Für einen nachhaltigen Erfolg haben Bundesregierung, Länder, Verbände und andere Akteure im Tätigkeitsfeld Pflege als Partner der Ausbildungsoffensive insgesamt 111 flankierende Maßnahmen vereinbart, deren Umsetzung durch die dafür vom BMFSFJ beim BAFzA eingerichtete Geschäftsstelle nachgehalten wird.

Die Ausbildungsoffensive Pflege startete im Januar 2019 und läuft bis Ende 2023. Im November 2020 wurde zeitgleich mit dem ersten Bericht zur KAP auch ein umfangreicher erster Bericht zur Ausbildungsoffensive Pflege veröffentlicht. Dieser Bericht widmete sich umfassend den Fragen, die im ersten Drittel der Laufzeit der Ausbildungsoffensive von besonderer Relevanz für die Arbeit der Partner waren und zu denen bereits konkrete Erfahrungen vorlagen. Seine Themen waren der Einstieg in die neuen Ausbildungen und die Gewinnung von Ausbildungsinteressierten. Der nächste reguläre Bericht zur Ausbildungsoffensive ist nach dem zweiten Drittel der Laufzeit der Ausbildungsoffensive Pflege für das Jahr 2022 vereinbart worden. Für diesen Bericht werden die Themen hochschulische Ausbildung, Ausbildungsqualität und -erfolg sowie Förderung von Umschulung und Weiterbildung zentral sein.



Weblink:
<https://www.pflegeausbildung.net/>

Der Vereinbarungstext zur Ausbildungsoffensive Pflege ist zusammen mit dem vollständigen, rund 100 Seiten umfassenden ersten Bericht und weiteren Informationen auf der Seite [pflegeausbildung.net](https://www.pflegeausbildung.net) des BMFSFJ als Download verfügbar.

Der hier vorliegende Beitrag zum zweiten Bericht zur KAP berichtet erste Zahlen zu den Eintritten in die neue berufliche Pflegeausbildung. Die neue Pflegeausbildung zeigt sich danach bereits in ihrem ersten Jahr als attraktive Ausbildung. Daneben werden weitere Themen aufgegriffen, die seit der Erstellung des ersten Berichts von besonderer Bedeutung waren: der Aufbau von Kooperationen, die Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen, die besonderen Herausforderungen der Corona-Pandemie und die Weiterführung der Kampagne „Mach Karriere als Mensch!“. Abgeschlossen wird dieser Beitrag mit zwei zukunftsbezogenen Themen: zum einen die Entwicklung standardisierter Module für die Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, zur Erprobung von Ausbildungsangeboten sowie zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs und zum anderen die Gewinnung von umfangreichen, belastbaren Daten zur neuen Ausbildung.

Der vorliegende Kurzbericht basiert auf den Angaben der Partner und wurde von der beim BAFzA eingerichteten Geschäftsstelle erstellt. Den Partnern und allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren wird für ihr Engagement bei der bisherigen Umsetzung der Offensive und auch für ihre Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichts gedankt.

Eine Liste der Partner der Ausbildungsoffensive Pflege findet sich in Anhang II 1.

1.2 Der Start der neuen generalistischen Pflegeausbildung

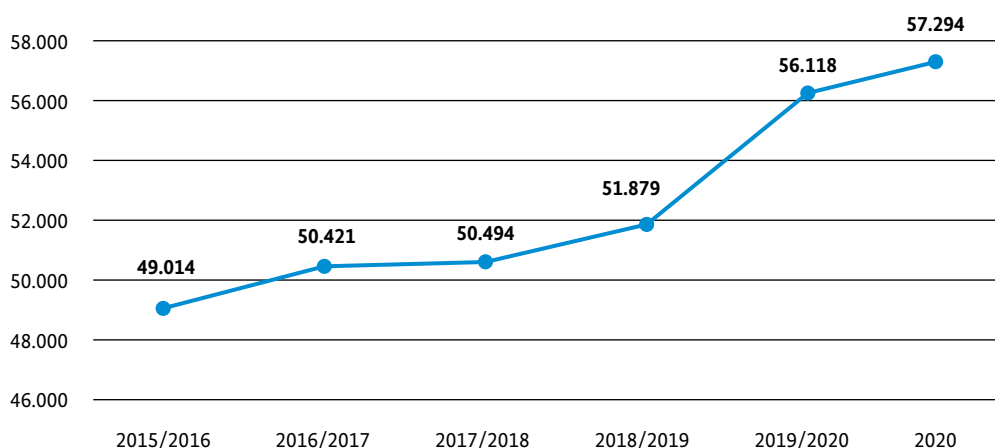
Der erste Jahrgang von Auszubildenden hat 2020 die neue, generalistische Pflegeausbildung aufgenommen. Die jetzt vorliegenden Zahlen zur Ausbildungssituation zeigen, dass dieser Start gelungen ist. Trotz der negativen Folgen der Corona-Pandemie für den Ausbildungsmarkt ist die Zahl der Eintritte in eine Ausbildung zur Pflegefachperson leicht gestiegen. Betrachtet man nur die Zahl der Eintritte ohne Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA), die ungefähr mit der Zahl der Erstauszubildenden gleichgesetzt werden kann, so zeigt sich sogar ein deutlicher Anstieg. Die neue Pflegeausbildung hat sich damit bereits in ihrem Einführungsjahr als attraktiver Ausbildungsberuf erwiesen.

Die für die Finanzierung zuständigen Stellen der Länder melden entsprechend den gesetzlichen Statistikregelungen die Ausbildungszahlen des Vorjahres zum 15. Februar eines jeden Jahres an die statistischen Landesämter, die sie nach Prüfung an das statistische Bundesamt weiterleiten. Das Statistische Bundesamt erstellt daraus die Pflegeausbildungsstatistik, die am 27. Juli 2021 erstmals veröffentlicht wurde.

Die zuständigen Stellen melden nach § 22 i. V. m. § 25 der Verordnung über die Finanzierung der beruflichen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz sowie zur Durchführung statistischer Erhebungen (PflA-FinV) neben anderen Daten die Zahl der Ausbildungseintritte. Im Jahr 2020 wurden 57.294 Eintritte in eine Ausbildung nach Pflegeberufegesetz gemeldet.

Zur Einordnung dieser Zahl muss in Ermangelung anderer Zahlen derzeit noch auf die Schulstatistik zurückgegriffen werden, auch wenn beide Statistiken allein schon aufgrund unterschiedlicher Erhebungsverfahren und Stichtage nur eingeschränkt vergleichbar sind. Die Schulstatistik weist die Zahl der Schülerinnen und Schüler im ersten Schuljahr für die Berufe Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege aus, deren Summe hier für die Vorjahre als Eintritte in eine Pflegefachausbildung herangezogen werden soll.

Abbildung 2: Eintritte in eine Pflegeausbildung 2015 bis 2020



Quellen: Für die Schuljahre 2015/2016 – 2019/2020: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Berufliche Schulen (Fachserie 11, Reihe 2). Für das Ausbildungsjahr 2020: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020, Tab 1.3.1. Darstellung des BMFSFJ.

Für Deutschland zeigt sich eine kontinuierliche Steigerung der Ausbildungszahlen in den Pflegefachberufen, die sich auch im Jahr 2020 fortgesetzt hat. Betrachtet man die Ausbildungszahlen der einzelnen Bundesländer, so ergibt sich ein unterschiedliches Bild:

Tabelle 1: Ausbildungseintritte 2019 bis 2020 nach Bundesländern

Land	Eintritte 2020	Veränderung 2020 vs. 2019/2020	Eintritte 2019/2020
Baden-Württemberg	6.585	-7,5 %	7.122
Bayern	7.137	0,6 %	7.092
Berlin	2.331	-5,7 %	2.471
Brandenburg	1.395	-10,9 %	1.566
Bremen	567		
Hamburg	1.440		
Hessen	3.558		
Mecklenburg-Vorpommern	1.359	10,6 %	1.229
Niedersachsen	5.940	-2,2 %	6.075
Nordrhein-Westfalen	15.837	9,8 %	14.424
Rheinland-Pfalz	1.947	-10,2 %	2.168
Saarland	993		
Sachsen	3.258	-8,3 %	3.553
Sachsen-Anhalt	1.695	5,2 %	1.611
Schleswig-Holstein	1.650	-0,7 %	1.662
Thüringen	1.599	14,9 %	1.392
Deutschland	57.294	2,1 %	56.118

Quellen: Eintritte 2020: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020, Tab. 1.3.1. Eintritte 2019/2020: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Berufliche Schulen – Schuljahr 2019/2020 (Fachserie 11, Reihe 2). Für Bremen, Hamburg, Hessen und Saarland ist nach Meldungen dieser Länder ein Vergleich mit der Schulstatistik 2019/2020 auf Landesebene nicht sinnvoll. Berechnungen des BMFSFJ.

Eine Erklärung für diese sehr unterschiedliche Entwicklung der Ausbildungszahlen in den einzelnen Bundesländern kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht gegeben werden. Die Partner der Ausbildungsoffensive Pflege werden im gemeinsamen Austausch fördernde und hemmende Faktoren für die Entwicklung der Ausbildungszahlen identifizieren. Dabei wird auch zu betrachten sein, inwieweit die hohe Varianz in der Entwicklung der Ausbildungszahlen eventuell auf die besonderen Bedingungen der Schulstatistik als koordinierte Länderstatistik zurückzuführen ist.

Stellt man die Zahl der Ausbildungseintritte – 57.294 – der Zahl der Auszubildenden am 31. Dezember 2020 – 53.610 – gegenüber, dann liegt der Anteil vorzeitig beendeter Ausbildungsverhältnisse bei 6,4%.³ Dies bedeutet nicht, dass die betreffenden Personen ihre Ausbildung abgebrochen haben, da vorzeitige Vertragslösungen auch in einen neuen Vertrag bei einem anderen Ausbildungsbetrieb münden können. Für die in der Berufsbildungsstatistik erfassten dualen Ausbildungen lagen die Vertragslösungsquoten 2018 während der Probezeit von maximal vier Monaten bei 8,9% und insgesamt über die Gesamtdauer der Ausbildung bei 26,5%.⁴

Die Vertragslösungsquote der Berufsbildungsstatistik und die Quote der vorzeitig beendeten Ausbildungsverhältnisse als Verhältnis zwischen der Zahl der Eintritte in eine Pflegeausbildung und den Bestandszahlen zum 31. Dezember 2020 sind nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Ihre Gegenüberstellung erlaubt aber eine erste Einschätzung, dass sich die Quote vorzeitiger Vertragslösungen im ersten Jahr der neuen Pflegeausbildung im Rahmen dualer Berufsausbildungen bewegt. Im Handlungsfeld III der Ausbildungsinitiative Pflege haben die Partner sich zu verschiedenen Maßnahmen verpflichtet, um Ausbildungsabbrüche soweit wie möglich zu vermeiden. Dazu unternommene Anstrengungen werden im Abschnitt 1.4 dargestellt

Eine Einordnung der Entwicklung der Ausbildungszahlen in der Pflege in den Ausbildungsmarkt insgesamt ist mit Blick auf die unterschiedliche Betroffenheit der Ausbildungssektoren durch die Corona-Pandemie schwierig. Für die Entwicklung des Ausbildungsmarktes im Bereich der BBiG- und HwO-Berufe wurde folgendes festgestellt:

„Der Ausbildungsmarkt musste 2020 im Zuge der Corona-Pandemie und ihrer Bekämpfung erhebliche Einbußen verkraften. Das Ausbildungsplatzangebot im Rahmen der dualen Berufsausbildung sank gegenüber dem Vorjahr um 50.700 Stellen (-8,8%) auf rund 527.400 Angebote. Parallel zum sinkenden Angebot nahm auch die Ausbildungsplatznachfrage um 53.000 Personen (-8,9%) auf rund 545.700 Nachfrager ab.“⁵

Diesem Rückgang auf der Angebots- wie auf der Nachfrageseite entspricht ein Rückgang in der Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge im Bereich der BBiG- und HwO-Berufe in 2020 um 11,0% gegenüber dem Vorjahr.⁶ Die stabile Entwicklung der Pflegeausbildung kann, gerade vor dem Hintergrund der zeitweise notwendigen Schulschließungen sowie der durch die Corona-Pandemie stark belasteten Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, als positives Signal gewertet werden. Sie zeigt auch, dass die Ausbildung auf der Seite der Nachfragerinnen und Nachfrager im Zuge der Corona-Pandemie nicht an Attraktivität verloren hat.

Der starke Anstieg der Pflegeausbildungszahlen in 2019 weist auf einen weiteren Faktor hin, der bei der Einschätzung der Ausbildungsentwicklung zu berücksichtigen ist. Dieser betrifft den Anteil der Umschülerinnen und Umschüler.

³ Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020, Tab. 1.1.1. Berechnung des BMFSFJ.

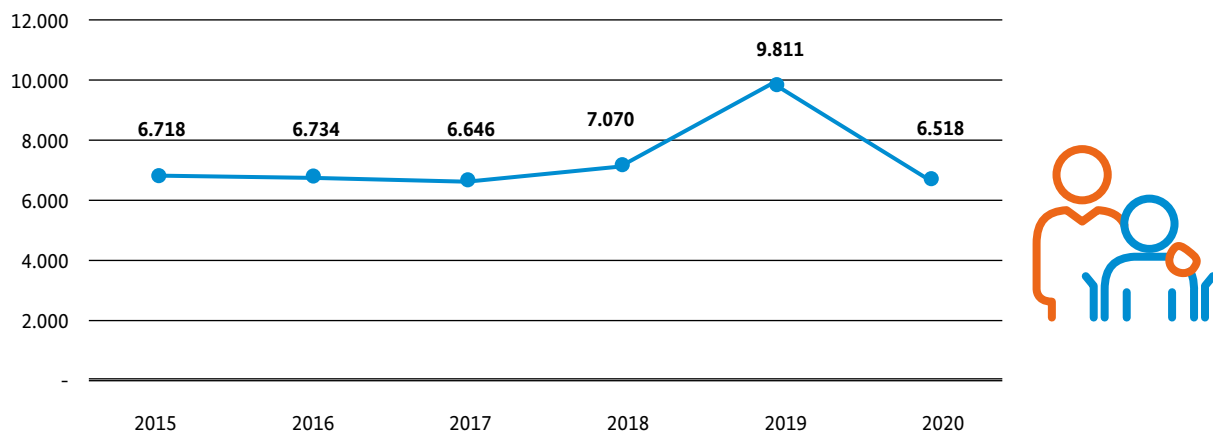
⁴ BIBB-Datenreport 2020, Tabelle A5.6-3: Vertragslösungsquoten nach Personenmerkmalen und Zuständigkeitsbereichen, Bundesgebiet 2018.

⁵ Oeynhaus, Stefanie et al.: Die Entwicklung des Ausbildungsmarktes im Jahr 2020. BIBB, 15.12.2020, S. 1.

⁶ Ebd.

Die BA fördert aufgrund des Fachkräftemangels in der Pflege und der gesellschaftlichen Bedeutung dieses Arbeitsfeldes seit vielen Jahren die berufliche Weiterbildung zur Altenpflegefachperson in erheblichem Umfang. Mit dem Arbeit-von-Morgen-Gesetz vom 20. Mai 2020 wurden die Fördermöglichkeiten der BA nochmals weiter ausgebaut, indem nunmehr auf die Förderung des Nachholens eines Berufsabschlusses ein grundsätzlicher Rechtsanspruch besteht. Der Anspruch richtet sich nicht nur an Arbeitslose, sondern auch an beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die noch nicht über eine Berufsausbildung verfügen und damit zur Pflegefachkraft weitergebildet werden können.

Abbildung 3: Eintritte in Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung zur Pflegefachperson



Quelle: Sonderauswertung der Statistik der BA. Dargestellt sind hier alle Eintritte in Maßnahmen mit den Abschlüssen 81302 (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und seit 2020 Pflegefachmann/Pflegefachfrau) und 82102 (Altenpflege) unabhängig von der Maßnahmedauer. Berechnungen des BMFSFJ.

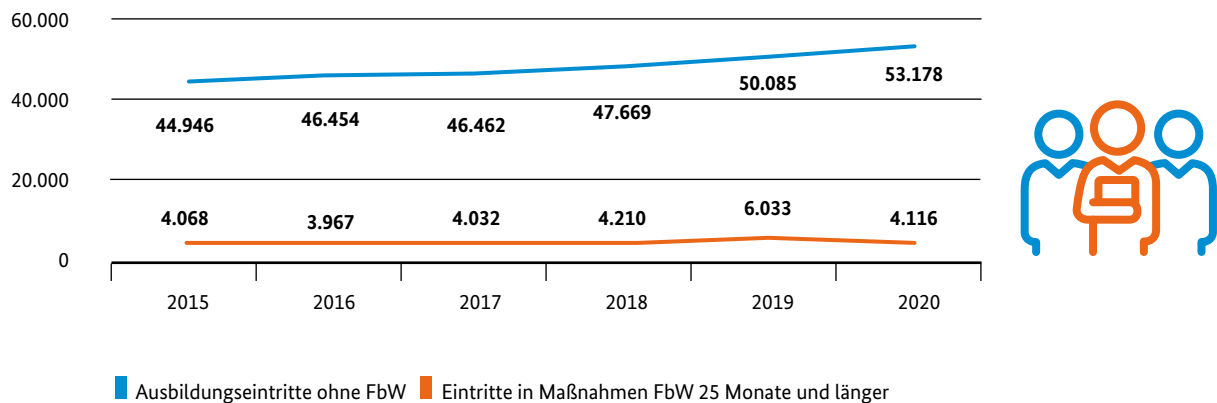
Die Pflegeausbildung hat für die geförderte Nachqualifizierung von beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die Arbeitsförderung einen besonderen Stellenwert. So wurde im Jahresdurchschnitt 2020 für rund 5.400 Beschäftigte ein Arbeitsentgeltzuschuss für die Nachqualifizierung im Pflegebereich gezahlt, womit der Pflegebereich mit einem Anteil von über 60 % an allen Berufsgruppen, für die Arbeitsentgeltzuschüsse bei der beruflichen Weiterbildung gewährt wurde, einen Spitzenplatz einnimmt.

Im Jahr 2019 stieg die Zahl der Eintritte in Maßnahmen der Förderung der beruflichen Weiterbildung mit einem Abschluss als Pflegefachperson um 45 % gegenüber dem Mittel der Jahre 2015 – 2018. Wesentliche Ursache dieser Steigerung ist das Qualifizierungschancengesetz, das Anfang 2019 in Kraft trat und den Zugang zur Weiterbildungsförderung für beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erweiterte, die Förderleistungen verbesserte und die Weiterbildungsberatung deutlich verstärkte.⁷

Es zeigt sich, dass der Corona-bedingte Rückgang der Zahl der Umschülerinnen und Umschüler in 2020 vollständig durch eine steigende Zahl von Erstauszubildenden ausgeglichen werden konnte.

⁷ Zu den Auswirkungen des Qualifizierungschancengesetzes siehe auch: Bericht der Bundesregierung über die Förderung der beruflichen Weiterbildung im Rahmen der aktiven Arbeitsförderung und die entsprechenden Ausgaben, BT-Drs. 19/25785.

Abbildung 4: Erstausbildungen und Umschulungen zu Pflegefachpersonen mit Eintritt in das erste Schuljahr



Quellen: Ausbildungseintritte: Für die Schuljahre 2015/2016 – 2019/2020: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Berufliche Schulen (Fachserie 11, Reihe 2). Für das Ausbildungsjahr 2020: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020, Tab. 1.3.1. Eintritte in Maßnahmen FbW mit einer geplanten Maßnahmedauer von 25 Monaten und länger: Sonderauswertung der Statistik der BA. Berechnung des BMFSFJ.

Von 2019 auf 2020 wuchs die Zahl der nicht geförderten Eintritte in eine Pflegefachausbildung um ca. 3.100 Personen – ein Anstieg von 6%. Dies ist – gerade vor dem Hintergrund des allgemeinen Rückgangs an Ausbildungsverträgen in 2020 – ein deutliches Zeichen, dass die neue Pflegeausbildung eine attraktive Ausbildung ist und von Erstauszubildenden gut angenommen wird. Motivierend dürften sich auch die Wertschätzung, die Pflegekräften in Zeiten der Pandemie entgegengebracht wird, und die Informations- und Öffentlichkeitskampagne „Mach Karriere als Mensch!“ (s. Abschnitt 1.6) ausgewirkt haben.

Zur Verteilung der Auszubildenden auf die Versorgungsbereiche und zu den Trägern der praktischen Ausbildung können noch keine Aussagen getroffen werden, da dies die Daten, die dazu im ersten Erhebungsjahr dieser neu eingeführten Statistik vorliegen, noch nicht zulassen. In den kommenden Jahren wird es möglich sein, auf Basis der Daten der Pflegeausbildungsstatistik die Zahl der Auszubildenden in den einzelnen Versorgungsbereichen auszuweisen.

Zu den Erhebungsmerkmalen der Statistik nach § 22 PflAFinV gehören auch das Geschlecht und das Alter der Auszubildenden.⁸ Der Anteil der männlichen Auszubildenden lag im Ausbildungsjahr 2020 bei 24,3% und damit auf dem Niveau des Vorjahres. Im Schuljahr 2019/2020 betrug ihr Anteil an den Schülerinnen und Schülern im ersten Schuljahr 23,9%.⁹

Eine Ausbildung zur Pflegefachkraft ist nicht nur für junge Menschen attraktiv. Das Durchschnittsalter der Auszubildenden (Median) lag im ersten Jahr der neuen Pflegeausbildung bei 20 Jahren. Fast 28% der Auszubildenden sind 25 Jahre und älter.¹⁰

⁸ Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020, Tab. 1.1.2 und 1.1.3. Diese Merkmale werden zum Stichtag 31.12. ausgewiesen.

⁹ Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Berufliche Schulen (Fachserie 11, Reihe 2), Schuljahr 2019/2020, Tab. 2.9. Berechnungen des BMFSFJ.

¹⁰ Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020, Tab. 1.1.3. Berechnung des BMFSFJ.

Neben der beruflichen Pflegeausbildung wurde mit dem PflBG auch ein primär-qualifizierendes Pflegestudium neu eingeführt. Mit einer hochschulischen Pflegeausbildung werden gleichzeitig der jeweilige akademische Grad und die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung als Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann erlangt. Zum Wintersemester 2020/2021 standen ca. 30 Studiengänge bereit, an denen die ersten Studierenden ihre primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung nach PflBG aufgenommen haben.¹¹ Statistische Angaben zur Zahl der Studierenden liegen jedoch noch nicht vor. Die akademische Ausbildung wird ein Schwerpunkt des zweiten Berichts zur Ausbildungsinitiative Pflege sein, der 2022 vorgelegt werden wird.

¹¹ Erster Bericht der Ausbildungsinitiative Pflege (2019 - 2023), S. 48.

1.3 Gemeinsam in Lernortkooperationen und Ausbildungsverbänden ausbilden (Handlungsfeld 1.2)

Die generalistische Pflegeausbildung befähigt die Auszubildenden zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsbereichen. Die Ausbildung findet daher an verschiedenen Lernorten in den einzelnen Versorgungsbereichen statt: in der stationären Akutpflege, in der stationären Langzeitpflege, in der ambulanten Akut- und Langzeitpflege, in der pädiatrischen und in der psychiatrischen Versorgung. Aufgabe des Trägers der praktischen Ausbildung ist es, in jedem Versorgungsbereich einen Lernort für seine Auszubildenden zu finden und die Abfolge der Einsätze zu koordinieren.

1.3.1 Förderprogramm des Bundes und Aufbau von Koordinierungsstellen

Um die dafür notwendigen Lernortkooperationen und Ausbildungsverbände aufbauen zu können, unterstützt der Bund die Länder seit 2019 mit einem Förderprogramm. Das Ziel ist die Verbesserung der Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen und Pflegeschulen bzw. Hochschulen in der Aufbauphase der neuen generalistischen Pflegeausbildung. Mit der Durchführung des Förderprogramms ist das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragt.

Aufgrund der Corona-Pandemie und ihrer Auswirkungen haben BMFSFJ und BMG die Förderung im Februar 2021 um ein Jahr bis Ende 2022 verlängert. Das Gesamtvolumen des Förderprogramms wurde von vormals bis zu 19 Mio. Euro auf bis zu 25 Mio. Euro erhöht. Die Länder nutzen die Verlängerung der Förderung zur Konsolidierung der bestehenden Angebote unter Berücksichtigung der bisher gewonnenen Erfahrungen. Teilweise werden die Bundesmittel auch aus Landesmitteln aufgestockt oder ergänzt.

Mit Mitteln des Förderprogramms werden Koordinierungsstellen aufgebaut und unterhalten. Diese Koordinierungsstellen agieren auf Landesebene oder auf regionaler Ebene. Ihre zentrale Aufgabe ist die Akquise und Vermittlung von Einsatzorten. Ihre Mitarbeitenden fördern die regionale Vernetzung und unterstützen den Aufbau von Lernortkooperationen und Ausbildungsverbänden.

Auf der Ebene von Landkreisen eingesetzte Ausbildungskoordinatorinnen und -koordinatoren helfen zum Teil ganz konkret bei der Einsatzplanung und erarbeiten gemeinsam mit Ausbildungseinrichtungen und Pflegeschulen Lösungen bei der Suche nach einem geeigneten Einsatzort. Sie fördern auch die Entwicklung gemeinsamer Strukturen und Prozesse durch Pflegeschulen, Träger der praktischen Ausbildung und anderen Einsatzstellen.

Koordinierungsstellen auf allen Ebenen arbeiten dabei eng mit dem Beratungsteam Pflegeausbildung des BAFzA zusammen, das mit 40 Beraterinnen und Beratern bundesweit vor Ort Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen zu Fragen der generalistischen Pflegeausbildung berät und den Aufbau von Kooperationen zwischen den verschiedenen Einsatzorten unterstützt.



Weblinks:

Bayern

<https://www.freistaat.bayern/dokumente/behoerde/4498013868449>

Berlin-Brandenburg

www.kopa-bb.de

Hamburg

www.pflegeausbildung-hamburg.de

Schleswig-Holstein

www.koordinierungsstelle-pflegeausbildung-sh.de

Thüringen

www.pflegeausbildung-in-thueringen.de

In zahlreichen Bundesländern wurden Internetseiten entwickelt, die als Matching-Plattformen einen ersten Kontakt zwischen Anbietern und Nachfragern von Einsatzorten herstellen können. Zum Teil bieten diese Plattformen auch Ausbildungsverbänden die Möglichkeit, sich vorzustellen und für neue Mitglieder zu werben (z. B. Bayern, Berlin und Brandenburg, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen).

Auch außerhalb des Förderprogramms nutzen die Länder verschiedene Wege, um Ausbildungsbetriebe und Pflegeschulen untereinander zu vernetzen und gemeinsame Ausbildungsstrukturen aufzubauen. Zahlreiche Länder führen regionale Netzwerkveranstaltungen durch, um Kooperationen zwischen den teilnehmenden Einrichtungen anzubahnen. Mit dem Ziel der Bereitstellung von Ausbildungsplätzen gründeten in Niedersachsen Landesregierung und potentielle Träger der praktischen Ausbildung gemeinsam die „Ausbildungsallianz Niedersachsen“.

Das nordrhein-westfälische Begleitgremium zur Umsetzung des PflBG gab den Anstoß zur Gründung einer „Task-Force Kooperation“. Mit dieser Task-Force, die sich insbesondere aus Vertreterinnen und Vertretern der Träger der praktischen Ausbildung und der Pflegeschulen zusammensetzt, besteht ein Pool an regionalen Expertinnen und Experten, die zur Lösung von Problemen vor Ort angesprochen werden können und darüber hinaus als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Einrichtungen fungieren.

Das Bündnis für generalistische Pflegeausbildung in Bayern hat das Ziel, die Zusammenarbeit in der Region im Rahmen von Ausbildungsverbänden zu befördern. Insbesondere durch den Schulterschluss von Alten- und Krankenpflege soll sichergestellt werden, dass die Auszubildenden die Praxisereignisse in den unterschiedlichen Einrichtungen möglichst wohnortnah absolvieren können.

In Hessen wurde mit allen Ausbildungspartnern der „Ausbildungspakt zur Umsetzung der generalistischen Ausbildung“ geschlossen, mit dem sich alle Partner verpflichten, eine wohnortnahe Versorgung mit Praxisplätzen zu erreichen und zu kooperieren. Problemfälle werden auf der Ebene des Koordinierungsgremiums einer Lösung zugeführt.

1.3.2 Koordination der Ausbildung in Ausbildungsverbänden und durch Praxisanleitende



Weblink:

lit.bibb.de/vufind/Record/DS-184381

Die Gründung eines Ausbildungsverbundes wird erleichtert, wenn sich die zukünftigen Partner an bewährten Vorlagen für Kooperationsverträge, wie sie z. B. vom BIBB und von Verbänden bereitgestellt werden, orientieren. Als zweckdienlich haben sich auch landeseinheitliche Empfehlungen erwiesen, die die Höhe der Pauschalen für die Organisation der Kooperation und der Einsatzplanung durch die Pflegeschule oder für den Ausgleich der Kosten, insbesondere der Praxisanleitung der Auszubildenden an einem trägerfremden Einsatzort, regeln.

Verständigen sich die Verbundpartner auf einen Leitfaden der Zusammenarbeit, wird die Kooperation im Verbund gestärkt und effizient gestaltet. Dieser Leitfaden kann organisatorische Aspekte umfassen, wie eine möglichst einheitliche Gestaltung der Ausbildungsverträge oder die Festlegung bestimmter Kommunikationsstrukturen. Aber auch Fragen, die die inhaltliche Gestaltung der Ausbildung betreffen, können in einem solchen Leitfaden geregelt werden. An erster Stelle steht hier die Erarbeitung eines gemeinsamen

Ausbildungsverständnisses und darauf aufbauend einheitlicher Prinzipien der Ausbildungsplanung. Eine enge Zusammenarbeit bei der Aufstellung der Ausbildungspläne für die Auszubildenden im Verbund verringert nicht nur den Planungsaufwand ganz erheblich, sondern sorgt später auch für einen möglichst reibungslosen Wechsel der Auszubildenden zwischen den verschiedenen Einsatzorten.

Die Benennung einer koordinierenden Praxisanleitung, die als feste Ansprechperson für kooperierende Pflegeschulen und Einsatzorte zur Verfügung steht, erleichtert die Zusammenarbeit und die Kommunikation im Verbund erheblich. In größeren Einrichtungen können freigestellte Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren der Schlüssel zu einer effektiven Vernetzung sein.

Eine lebendige Zusammenarbeit zwischen den Partnern der Lernortkooperationen und Ausbildungsverbünde entsteht, so wird übereinstimmend aus Verbänden und Einrichtungen berichtet, wenn es zum regelmäßigen persönlichen Austausch zwischen allen Beteiligten kommt. Regelmäßige, strukturierte Praxisanleitungstreffen erlauben den Austausch über den Ablauf der Ausbildungen an den verschiedenen Einsatzorten und erleichtern das Ansprechen von möglichen Reibungspunkten der Zusammenarbeit.

Ein „Theorie-Praxis-Tag“ bringt Praxisanleitende und Lehrende der Pflegeschulen zusammen und fördert im Sinne der Auszubildenden die Verzahnung von Unterricht und praktischer Ausbildung. Mit Impulsvorträgen und in Workshops werden verschiedene Aspekte der Ausbildung beleuchtet. Auf diesen Tagen kann die wirkungsvolle Gestaltung der Kooperationsbeziehungen selbst, unter Einbeziehung der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, zum Thema werden.

Die Durchführung der vorgeschriebenen berufspädagogischen Fortbildungen der Praxisanleitenden im Ausbildungsverbund fördert die gemeinsame Anwendung definierter pädagogisch-didaktischer Prinzipien in der Ausbildung. Der Ausbildungsverbund wird so als ein einheitlicher Lernort für die Auszubildenden erfahrbar. Wichtige Themen sind u. a. die Entwicklung von Formen der Praxisanleitung, die den Kompetenzerwerb der Auszubildenden ermöglichen, und die Erarbeitung gemeinsamer Kriterien für eine kompetenzorientierte Beurteilung der Auszubildenden – sei es für die qualifizierte Leistungseinschätzung am Ende eines jeden Einsatzes oder für die praktische Prüfung, die auch Praxisanleitende als Mitglied des Prüfungsausschusses abnehmen.

Die Qualität der Zusammenarbeit der verschiedenen Ausbildungsorte wird geprägt durch den regelmäßigen persönlichen Austausch aller Beteiligten. Corona-bedingt konnten zahlreiche dieser Treffen nicht mehr in Präsenz stattfinden, sondern wurden als Video- oder Telefonkonferenz durchgeführt. Dabei wurde deutlich, wie auch die Zusammenarbeit von Pflegeschulen und Einsatzorten der praktischen Ausbildung von Digitalisierungsmaßnahmen – unter Beachtung der Erfordernisse des Datenschutzes – profitieren kann. Die Nutzung eines gemeinsamen Datenbankprogramms erleichtert den Austausch von Daten. Online-Plattformen ermöglichen den unkomplizierten Informationsaustausch zwischen Einrichtungen und Schulen.

1.4 Ausbildungsqualität und Ausbildungserfolg sichern (Handlungsfeld 3.1)

Die Zahl der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen einer Pflegeausbildung kann durch die Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen deutlich gesteigert werden. Präventive Maßnahmen sind dort am erfolgreichsten, wo diese Maßnahmen nicht isoliert voneinander umgesetzt werden, sondern ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen und verstärken.

1.4.1 Strukturelle Maßnahmen zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen

Erste Maßnahmen zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen setzen bereits vor Ausbildungsbeginn an. Die Entscheidung, eine Ausbildung in der Pflege aufzunehmen, trägt nur dann bis zum Abschluss der Ausbildung, wenn sie auf einer realistischen Einschätzung der Anforderungen des Berufsfeldes beruht. Berufsorientierungsveranstaltungen, berufskundliche Medien und Berufsberatung bieten die dafür notwendigen Informationen. Schnuppertage und Praktika, wie sie von vielen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen angeboten werden, machen den Berufsalltag erlebbar und vermitteln den Bewerberinnen und Bewerbern ein belastbares Bild des Ausbildungsberufs. Während eines Freiwilligendienstes kann das Interesse am Pflegeberuf geweckt und gefestigt werden.

Vernetzte Bewerberauswahlverfahren durch Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeschule und des Trägers der praktischen Ausbildung tragen erfolgreich dazu bei, dass den Bewerberinnen und Bewerbern die Anforderungen der Ausbildung an den verschiedenen Lernorten deutlich werden und sie eine fundierte Einschätzung ihrer Motivation gewinnen können. So können die künftigen Auszubildenden eine bewusste Entscheidung für diesen Beruf treffen. Enttäuschungen vor allem in den ersten Praxiseinsätzen werden vermieden.

Zur Prävention von Ausbildungsabbrüchen tragen auch Maßnahmen auf organisatorischer Ebene bei, die zu einer hohen Qualität und einem transparenten und strukturierten Verlauf der Ausbildung führen.

Im vorigen Abschnitt berichteten Verbände und Einrichtungen von der großen Bedeutung einer funktionierenden Lernortkooperation für die erfolgreiche Durchführung der Ausbildung. Von zentraler Bedeutung ist hier eine reibungslose und verbindliche Kommunikation zwischen Praxisanleitenden und Lehrenden, die einen gezielten Austausch über die Inhalte der Ausbildung, Ausbildungsinstrumente und Herausforderungen bzw. Chancen in der Begleitung von Auszubildenden zwischen den kooperierenden Partnern ermöglicht. Ein dadurch vereinheitlichtes Vorgehen im Rahmen der Ausbildung bietet den Auszubildenden Sicherheit und Orientierung über den gesamten Ausbildungsverlauf hinweg. Beim Wechsel an einen anderen Einsatzort müssen weniger Hürden überwunden werden. Die Auszubildenden erfahren durch die Vergleichbarkeit der Praxisinstrumente einen hohen Wiedererkennungseffekt und können am neuen Einsatzort an bereits Bekanntes anknüpfen.

Vielerorts werden Ausbildungs koordinierungsstellen geschaffen, an denen übergeordnet Informationen bezüglich der Auszubildenden zusammenfließen und die für deren Begleitung und Unterstützung an allen Lernorten effektiv genutzt werden. So können Koordinatorinnen und Koordinatoren des Trägers der praktischen Ausbildung Kontakte zu anderen Einsatzorten im Ausbildungsverbund pflegen, um eine kontinuierliche Begleitung der Auszubildenden zu gewährleisten. Auch kann die individuelle Lebenssituation einzelner Auszubildender oder die am Wochenende eingeschränkte Verfügbarkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln durch Abstimmung der Dienstzeiten, Planung spezieller „Mütter- bzw. Vätertouren“ oder Anpassung des Ausbildungsplans besser berücksichtigt werden.

Die Entwicklung von Ausbildungs- und Praxiskonzepten stellt sicher, dass ein hoher Theorie-Praxis-Transfer in beiden Richtungen gewährleistet werden kann. In den Ausbildungskonzepten sind u. a. verschiedene Arbeitsmaterialien für die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter hinterlegt, die auch den Auszubildenden in der geplanten und strukturierten Praxisanleitung zugutekommen. Die Praxisanleitenden erfahren durch die Mitwirkung am Ausbildungskonzept eine hohe Wertschätzung, die sich sehr motivierend auf die Zusammenarbeit mit den Auszubildenden auswirkt. Viele Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sensibilisieren ihre Praxisanleiterinnen und -anleiter für die Anzeichen drohender Ausbildungsabbrüche und unterstützen sie dabei, auf die besonderen Bedürfnisse mancher Auszubildenden einzugehen und diese zu motivieren, auch an geförderten Maßnahmen zur Sicherung der Ausbildung teilzunehmen.

1.4.2 Individuelle Begleitung von Auszubildenden

Im Mittelpunkt der Prävention von Ausbildungsabbrüchen steht die individuelle Begleitung der Auszubildenden durch Lehrende und Praxisanleitende vor allem im ersten Ausbildungsdrittel. Am Lernort Theorie sind in erster Linie die Kursleitungen Ansprechpartnerinnen und -partner bei Unsicherheiten und Zweifeln in der Berufswahl. Wenn Auszubildende aufgrund von Leistungsanforderungen einen Ausbildungsabbruch in Erwägung ziehen, kann durch Lernberatungsgespräche, zusätzliche Unterrichts- und Leitungsangebote oder das Bilden von Lern tandems die Aussicht auf einen erfolgreichen Abschluss der Ausbildung wieder gestärkt werden. Bei minderjährigen Auszubildenden bewährt sich bei stabilem familialem Umfeld der Einbezug der Eltern in die Lernberatungsgespräche und in die Auswahl der möglichen Lernstrategien zur Stabilisierung und Fortsetzung der Ausbildung. Lehrende können im Rahmen von Lernberatungsgesprächen die Förderbedarfe der Auszubildenden erfassen und mögliche Lösungswege aufzeigen sowie entsprechende Maßnahmen, wie z. B. Förder- und Sprachunterricht, in die Wege leiten. So offeriert u. a. der Freistaat Thüringen kostenfreie Nachhilfe für den Fachunterricht und bietet Auszubildenden mit sprachlichen Barrieren kostenfreien Deutschunterricht an.

In Bayern stehen den Auszubildenden aller Pflegeschulen die staatlichen Schulberatungsstellen offen. Sie bieten u. a. psychologische Information, Diagnostik und Beratung für Auszubildende an, beraten Lehrende und Schulleitungen und vermitteln Beratungs- und Therapiemöglichkeiten.

Die Berufsberatung der BA bietet Auszubildenden eine frühzeitige Begleitung an, um die Gefahr vorzeitiger Vertragslösungen identifizieren und rechtzeitig Unterstützungsmaßnahmen bereitstellen zu können.

Die Begleitung der praktischen Ausbildung durch die Lehrerinnen und Lehrer der Pflegeschulen ermöglicht neben einer Verzahnung der praktischen und schulischen Ausbildung auch Reflexions- und Gesprächsmöglichkeiten für die Auszubildenden. Das Engagement der Lehrerinnen und Lehrer in der Begleitung der Auszubildenden wird von vielen Partnern der Ausbildungs-offensive besonders hervorgehoben und geschätzt. So bieten Pflegeschulen ein breites Unterstützungsangebot von pädagogischen Konferenzen zum Ermitteln und zur verbindlichen Vereinbarung pädagogischer Maßnahmen bis hin zu Sprechzeiten außerhalb der regulären Arbeitszeiten an.

Am Lernort Praxis fokussiert sich die Begleitung der Auszubildenden in besonderem Maße auf die Praxisanleiterinnen und -anleiter, die aufgrund der engen Zusammenarbeit oft ein sehr vertrauensvolles Verhältnis pflegen. Die Praxisanleitenden stellen einen zentralen Dreh- und Angelpunkt in der Prävention von Ausbildungsabbrüchen dar, da sie Veränderungen im Verhalten von Auszubildenden schnell wahrnehmen und ansprechen können. Zur individuellen Unterstützung in belastenden Lebenssituation können verschiedene Dienste herangezogen werden. Diese erstrecken sich u. a. von Hilfen bei der Beschaffung von Wohnraum und bei der Kinderbetreuung über Mobilitätsberatung und Coaching bis hin zu Angeboten zur Unterstützung in psychischen Krisen.



Weblink:
vera.ses-bonn.de

Mehrere Einrichtungen nutzen und empfehlen das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt VerA des Seniorexpertservice (SES). Auf Wunsch stellt der SES Jugendlichen, die über einen Abbruch ihrer Ausbildung nachdenken, berufs- und lebenserfahrene Senior-Expertinnen und -Experten zur Seite – Profis im Ruhestand, die auf ihre Aufgabe gezielt vorbereitet werden. Diese Ausbildungsbegleiterinnen und -begleiter sind ehrenamtlich tätig, kennen die Sorgen junger Menschen und helfen individuell: Sie beantworten fachliche Fragen, begleiten Übungen für die Berufspraxis, unterstützen die Vorbereitung auf Prüfungen, kümmern sich um den Ausgleich sprachlicher Defizite, fördern die soziale Kompetenz und Lernmotivation und stärken das Vertrauensverhältnis zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden.



Weblink:
<https://www.mfp.bayern.de>

Im August 2020 startete ein Angebot „Mentoren für Pflege“ am Bayerischen Landesamt für Pflege, in dem Auszubildende der generalistischen sowie der aktuell laufenden dreijährigen Ausbildung nach Krankenpflegegesetz (KrPflG) oder Altenpflegegesetz (AltPflG) und Studierende des Bachelorstudienganges Pflege die Möglichkeit erhalten, sich im Falle emotional und psychisch belastender Erlebnisse mit einer neutralen Stelle auszutauschen. Das kostenlose Beratungsangebot kann jederzeit anonym in Anspruch genommen werden und dient der Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen. Das Team setzt sich interdisziplinär aus Expertinnen und Experten der Bereiche Pflege, Psychologie und Sozialpädagogik zusammen. Sie bieten u. a. eine fachkundige Beratung von Auszubildenden und Studierenden im Falle emotionaler und psychisch belastender Situationen, Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen im Kontext der Ausbildung bzw. des Studiums und die Vermittlung von weiteren Dienstleistungsangeboten oder Beratungsstellen. Zu ihren Aufgaben gehören auch das Monitoring von Herausforderungen im Kontext der Pflegeausbildung sowie der Austausch und die Netzwerkarbeit mit ausbildenden Einrichtungen, Schulen und Hochschulen.

Region und Stadt Hannover förderten finanziell die Anstellung einer Schulsozialarbeiterin bei der AWO Region Hannover, die Ansprechpartnerin für ca. 240 Auszubildende in der Pflege ist. Durch frühzeitige Unterstützung der Auszubildenden in besonderen Problemlagen sollen Ausbildungsabbrüche verhindert werden. Den Auszubildenden werden Wege aufgezeigt, wie sie ihren Alltag meistern können, z. B.

- bei behördlichen Angelegenheiten,
- bei Unstimmigkeiten im familiären Bereich,
- bei der wirtschaftlichen Absicherung,
- bei der Klärung der Wohnungssituation sowie
- im psychosozialen Bereich.

Ziel ist es, dass sich die Auszubildenden stärker auf ihre Ausbildung konzentrieren und diese mit Erfolg abschließen können. Der Zugang zur frühzeitigen Unterstützung der Auszubildenden ist bewusst niedrigschwellig gestaltet: Die Sozialarbeiterin stellt sich zu Schuljahresbeginn in den neuen Klassen vor und informiert umfassend über ihr Angebot und über ihre Erreichbarkeit.



Das Land NRW hat ab dem 01.07.2020 eine Ombudsstelle gem. § 7 Abs. 6 PflBG i. V. mit § 2 Abs. 1 des Landesausführungsgesetz Pflegeberufe (LAGPflBG) bei der Bezirksregierung Münster eingerichtet und mit zwei ehrenamtlichen Ombudspersonen besetzt. Über die Einrichtung der neuen Ombudsstelle wurden alle Bezirksregierungen in NRW, Pflegeschulen, Pflegeeinrichtungen sowie Verbände und Gremien informiert. Ziel der Ombudsstelle ist es, Konflikte zwischen Auszubildenden und Trägern der praktischen Ausbildung möglichst frühzeitig und neutral zu lösen und damit eine erfolgreiche Fortsetzung des Ausbildungsverhältnisses zu ermöglichen. Die Ombudsstelle soll auch zur Verbesserung der Qualität der neuen Pflegeausbildung beitragen. Der Gesamtüberblick über die vorgetragenen Sachverhalte ermöglicht es, wiederkehrende Konflikte oder strukturelle Missstände in der Ausbildung zu erkennen und daraus Schlüsse für die Weiterentwicklung der Ausbildung zu ziehen. Erste Anfragen von Auszubildenden sind eingegangen. Es haben bereits Schlichtungsgespräche zwischen den verschiedenen Akteuren stattgefunden.

Weblink:
https://www.bezreg-muenster.de/de/gesundheit_und_soziales/ausgleichsfonds_pflegeausbildung/ombudsstelle/index.html

1.4.3 Forschungsansätze

Zu Abbruchquoten und Abbruchgründen liegt noch kein gesichertes Datenmaterial vor. Daher wurden verschiedene Projekte initiiert, um in Zukunft gezielt auf drohende Ausbildungsabbrüche reagieren bzw. Präventionsmaßnahmen fest in den Ausbildungskonzepten verankern zu können.

Das Institut für Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen plant, die Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung im Land Bremen mit einem Forschungsprojekt zu begleiten. In diesem Zusammenhang sollen auch die Gründe für Ausbildungsabbrüche erhoben und ggf. Maßnahmen entwickelt werden, um diese zu vermeiden. Auch die Akademie für Pflegeberufe und Management (apm), der Schulpartner des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), erarbeitet aktuell im Rahmen eines Modellprojekts ein Konzept gegen Abbrüche von Pflegeausbildungen. In Baden-Württemberg wurde eine jährliche Abfrage zur Pflegeausbildung in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten von Caritas und Diakonie eingeführt. Hierbei werden unter anderem auch die Abbruchquoten und -gründe erfragt, um Impulse zur gezielten Prävention von Ausbildungsabbrüchen zu erhalten.

Das BIBB hat bereits vorhandene Erkenntnisse zu Abbruchgründen und erfolgreichen Gegenstrategien ausgewertet und auf dieser Grundlage ein dreijähriges Projekt ausgeschrieben. Die Ergebnisse benennen sowohl persönliche als auch ausbildungsbedingte Faktoren als Abbruchgründe. Vorgeschlagene Lösungsstrategien sind u. a. Bewusstseinsbildung für professionelle Identität der Auszubildenden, Bewusstseinsbildung bei Praxisanleitungen und Führungskräften für ihre Rolle, Strategien zur Stärkung von Resilienz und Stressmanagement, eine bessere Theorie-Praxis-Verzahnung, eine Etablierung von Supportsystemen, die Vermittlung eines Sicherheitsgefühls sowie die Förderung von Diversität. In einem virtuellen Fachworkshop soll im November 2021 mit Expertinnen und Experten aus den Reihen der Partner der Ausbildungsinitiative Pflege und der Forschung diskutiert werden, inwiefern diese Maßnahmen ineinandergreifen können und wie man diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Nachhaltigkeit in der Pflegeausbildung bestmöglich umsetzen kann. Anhand der Ergebnisse des Fachworkshops wird eine Handreichung entwickelt und veröffentlicht werden.

Die Sicherung des Ausbildungserfolgs wird Thema des zweiten Berichts zur Ausbildungsinitiative Pflege im Jahr 2022 sein.

1.5 Ausbilden in der Pandemie

Der Start ihrer neuen Pflegeausbildung fand für fast alle Auszubildenden unter den besonderen Bedingungen der Corona-Pandemie statt, die die Ausbildung auch weiterhin stark beeinflussen. Die Unterbrechung des Präsenzunterrichts in den Pflegeschulen und die Belastungen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen durch die Auswirkungen der Pandemie sowie die damit verbundenen Hygieneauflagen machten es erforderlich, schnell flexible Lösungen für den Einstieg der Auszubildenden in ihren neuen Beruf zu finden. Die diesbezüglichen Anstrengungen von Aufsichtsbehörden, Pflegeschulen, den Trägern der praktischen Ausbildung und ihren Praxisanleitenden hatten dabei das gemeinsame Ziel, Infektionsschutz- und Hygienemaßnahmen bestmöglich anzuwenden und gleichzeitig die für die Auszubildenden entstehenden Belastungen auf das geringstmögliche Maß zu reduzieren, um so die Durchführung der Ausbildung bei hoher Ausbildungsqualität zu sichern.

Von Bundesseite wurden durch die vom BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ erlassene Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (EpiGesAusSichV) vom 10. Juni 2020 auch die Ausbildungen nach dem PflBG flexibilisiert und gesichert. Die Verordnung ermöglicht den Ländern, von den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen abzuweichen, insbesondere in Bezug auf die Nutzung digitaler und anderer geeigneter Unterrichtsformate, die Möglichkeit der Verlängerung der Ausbildung um höchstens sechs Monate, die Regelungen zur Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, die Regelungen zum praktischen Teil der staatlichen Prüfung sowie die Regelungen zur Qualifikation der Praxisanleitung. Zahlreiche Länder haben dazu eigene, ergänzende Handlungsempfehlungen veröffentlicht.

Wenn das Infektionsgeschehen in einzelnen Bundesländern Lockerungen erlaubte, kam es unter Einhaltung von Infektionsschutzmaßnahmen sowie Hygienekonzepten zu einer schrittweisen Wiederaufnahme des Präsenzunterrichts in den Schulen. Aufgrund des Infektionsgeschehens musste jedoch immer wieder gänzlich auf digitalen Unterricht umgestellt werden. Damit Pflegeschulen digitale Möglichkeiten der Unterrichtsgestaltung nutzen können, hatte sie die Bundesregierung zuvor in den DigitalPakt Schule grundsätzlich miteinbezogen, der bereits am 17.05.2019 in Kraft getreten war. In zahlreichen Bundesländern haben nach Auskunft der Verbände die durch den DigitalPakt und eine daran anschließende Zusatzvereinbarung („Sofortausstattungsprogramm“) zur Verfügung gestellten Fördermittel bereits zu einer besseren Ausstattung der Pflegeschulen mit digitaler Technik geführt. Pflegeschulen konnten so zum Beispiel mit flächendeckendem W-LAN ausgestattet werden oder technische Endgeräte zur Ausleihe für diejenigen Auszubildenden beschaffen, die privat nicht über diese Arbeitsmittel verfügen. Zudem wurden digitale Lernplattformen eingerichtet, die innovative Lehr- und Lernkonzepte beinhalten oder praxisnahes Lernen am Arbeitsplatz unterstützen.

Die Lehrenden der Pflegeschulen bildeten sich aktiv über entsprechende E-Learning-Plattformen und Support-Telefonkonferenzen weiter. Zu den Themen gehörten beispielsweise der Umgang mit den digitalen Lernplattformen oder die Erstellung von Online-Lernseiten. Die Lehrenden würden so in die Lage versetzt, ihre Schülerinnen und Schüler in deren individuellem Lernen unter Anwendung der passenden digitalen Medien zu begleiten und zu unterstützen. Ebenso erhielten die Schülerinnen und Schüler Unterstützung, um bestmöglich mit den bereitgestellten digitalen Lösungen arbeiten zu können.

Austausche zwischen Lehrenden und Auszubildenden, wie Feedbackgespräche, fanden in den Nicht-Präsenzphasen ebenfalls über digitale Kommunikationsmittel wie Videokonferenzen oder E-Mail sowie telefonisch statt. Sofern es die Infektionslage zuließ, wurden vor allem Abschlussgespräche unter Wahrung aller

Maßnahmen auch persönlich abgehalten. In den Phasen, in denen die Auszubildenden sich im Praxiseinsatz befanden, boten einige Pflegeschulen ergänzend zu den digitalen Lösungen auch die Möglichkeit an, sich z. B. während eines Spaziergangs mit den Auszubildenden auszutauschen, um den Kontakt zwischen Lehrenden und Auszubildenden zu stärken.

Im Zuge des praktischen Unterrichts hielten die Länder und Verbände die Träger der praktischen Ausbildung dazu an, ihre Auszubildenden hinsichtlich der erforderlichen Hygienemaßnahmen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu schulen und sich davon zu überzeugen, dass sie die Hygienemaßnahmen für sich selbst und für die Pflegebedürftigen richtig durchführen können. Darüber hinaus fanden Aufklärungsgespräche über die besondere Ausbildungssituation während der Corona-Pandemie mit den Eltern nicht volljähriger Auszubildender statt.

Die geplante Abfolge der Praxiseinsätze der Auszubildenden konnte mancherorts aufgrund von Hygieneauflagen nicht wie vorgesehen durchgeführt werden. Auch hier bewiesen alle Beteiligten viel Flexibilität bei der Suche nach Lösungen, um die notwendige Qualität der Ausbildung aufrechtzuerhalten. Einige Verbände richteten zur Koordination der Einsätze an verschiedenen Standorten zentrale Praxisanleitungsstellen ein. In Schleswig-Holstein wurde eine Fachgruppe „Ausbildung in der Pandemie“ mit Kontaktpersonen der Pflegeschulen und der Träger der praktischen Ausbildung gegründet, um einen schnellen und unkomplizierten Austausch zu ermöglichen.

Dies gilt auch für die Praxisbegleitung durch die Lehrenden. Um hier Kontakte während der Praxiseinsätze zu reduzieren, wurden für eine praxisnahe theoretische Themenerarbeitung zertifizierte Onlineportale genutzt. Die direkte Anleitung konzentrierte sich dann auf die praktische Durchführung. Andernorts wurden Übungspuppen angeschafft, um eine mögliche Gefährdung von Bewohnerinnen und Bewohner durch die Praxisbegleitung auszuschließen. Verstärkt wurde auch auf die Simulation von Pflegesituationen in Zusammenarbeit mit den Pflegeschulen zurückgegriffen.

Durch den zunehmenden Einsatz von Tests und die Impfung der Auszubildenden können die Praxiseinsätze in vielen Bundesländern inzwischen wieder vollumfänglich durchgeführt werden. So klärte Hamburg zum Beispiel die Beteiligten im Ausbildungssektor der Gesundheitsfachberufe gezielt über die Impfung auf – verbunden mit dem deutlichen Appell, sich impfen zu lassen, um das Risiko von Covid-19-Ausbrüchen in Gesundheitseinrichtungen zu minimieren. Dementsprechend wurde in Hamburg ein Verfahren zur zügigen Impfung von (Um-)Schülerinnen und Schülern in Gesundheitsfachberufen und Studierenden in der Pflege, die keinen Berufsausbildungsvertrag mit einer stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung oder einem Krankenhaus haben, etabliert.

Der Lernprozess der Auszubildenden an den verschiedenen Einsatzorten wird durch Praxisanleitende begleitet und unterstützt. Pflegefachpersonen, die als Praxisanleitende arbeiten wollen, müssen neben ihrer Berufserfahrung eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden absolvieren. Zusätzlich ist jedes Jahr die Teilnahme an einer 24-stündigen Fortbildung erforderlich.

Die Anstrengungen zur Gewinnung neuer Praxisanleiterinnen und -anleiter werden im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie durch Verzögerungen bei der Durchführung der erforderlichen berufspädagogischen Qualifikationsmaßnahmen erschwert. Vielen Einrichtungen war es aufgrund der zusätzlichen Belastungen nicht möglich, Pflegefachpersonen für die Weiterbildung zur Praxisanleitenden freizustellen.

Daher hat das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ in § 7 EpiGesAusbSichV die Möglichkeit geschaffen, dass abweichend von Regelungen, die für die Tätigkeit als praxisanleitende Person eine berufspädagogische Zusatzqualifikation in einem bestimmten Umfang vorsehen, Praxisanleitung auch durch Personen erfolgen kann, deren berufspädagogische Zusatzqualifikation begonnen hat und bis zum 30. September 2022 abgeschlossen werden kann. Diese Regelung galt ursprünglich nur bis zum 30. Juni 2021. Aufgrund des Andauerns der epidemischen Lage wurde sie durch Art. 2 Nr. 1 des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen bis September 2022 verlängert.

Die Möglichkeit, auch Pflegefachpersonen mit noch nicht abgeschlossener Weiterbildung als Praxisanleitende einsetzen zu können, entspannt die Praxisanleitungssituation an den Einsatzorten deutlich. Ihre Verlängerung wurde von Verbänden und Einrichtungen begrüßt. Die Weiterbildung und auch die Pflichtfortbildungen für Praxisanleitende können während der Pandemie in einigen Ländern vollständig mit digitalen Lernformen umgesetzt werden.


Mit dem Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“ hat die Bundesregierung einen Schutzschirm für Ausbildungen gespannt, um kleine und mittlere Ausbildungsbetriebe, die von der Corona-Krise besonders betroffen sind, dabei zu unterstützen, neue Ausbildungsverträge zu beginnen und ihre laufenden Ausbildungen weiter fortzuführen. Das Programm besteht aus zwei Förderrichtlinien, die ausdrücklich auch Einrichtungen erfassen, die Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz, dem Krankenpflegegesetz oder dem Altenpflegegesetz oder sonstige bundes- oder landesrechtlich geregelte praxisintegrierte Ausbildungen im Sinne von § 25 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch im Gesundheits- oder Sozialwesen durchführen.

Auch Niedersachsen hat neben einem Beratungsangebot der Schulen und Einrichtungen durch die Regionalen Landesämter für Schule und Bildung monetäre Anreize für Auszubildende, Einrichtungen und Betriebe geschaffen. Für die Stabilisierung des Ausbildungsmarktes setzt die niedersächsische Landesregierung 18 Mio. Euro aus dem Sondervermögen zur Bewältigung der Auswirkungen der Corona-Pandemie ein. Diese Mittel ergänzen die Regelangebote der Agenturen für Arbeit und die Maßnahmen des Bundes und der zuständigen Stellen. Im Rahmen dieser Maßnahmen wurde so die Möglichkeit zur Förderung der Mobilität und Flexibilität von Auszubildenden in der Pflege geschaffen: Personen, die ein Ausbildungsverhältnis außerhalb ihres Wohnortes (mindestens 45 km oder eine Stunde mit ÖPNV entfernt) eingehen, erhalten eine Prämie in Höhe von 500 €. Dieselbe Leistung erhalten Jugendliche, die aufgrund dieser Entfernung den Wohnort wechseln. Darüber hinaus gewährt das Land Niedersachsen weitere Billigkeitsleistungen, um die betriebliche Ausbildung in der pandemiebedingt angespannten Situation auf dem Ausbildungsmarkt zu unterstützen und zu entlasten. Dies umfasst Leistungen zur Unterstützung von Einrichtungen und Betrieben, die in den Jahren 2020 bis 2022 ihre Ausbildungsverträge verlängern oder zusätzliche Ausbildungsplätze schaffen.

1.6 Die Öffentlichkeit über die neuen Pflegeausbildungen informieren (Handlungsfeld 2.2)

Im Herbst 2019 startete das BMFSFJ eine breit angelegte Informations- und Öffentlichkeitskampagne „Mach Karriere als Mensch!“ mit dem Ziel, Jugendliche in der Berufsorientierungsphase und Erwachsene mit dem Wunsch nach beruflicher Neuorientierung für die neuen Ausbildungen in der Pflege zu gewinnen. Die Kampagne wurde 2020 und 2021 fortgesetzt. Aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie wurden hierbei digitale Formate eingesetzt, die in den sozialen Medien und auf YouTube beworben wurden.

Ein Schwerpunkt der Kampagne wurde im Berichtszeitraum auf die Zielgruppe der Erwachsenen gelegt, die vor der Entscheidung einer beruflichen Neuorientierung stehen. Hierzu wurden zum Thema Umschulung verschiedene Formate entwickelt. So wurde im Dezember 2020 mit Motiven wie „Neustarten lohnt sich!“ oder „Bringt Verantwortung!“ in den sozialen Medien auf eine Umschulung zur Pflegefachkraft aufmerksam gemacht. Die BA entwickelte innerhalb ihres Internetangebots eine gesonderte Seite mit Informationen zur Umschulung, auf die auch die Website pflegeausbildung.net verlinkt. In der YouTube-Serie „Frühspätnacht-dienst“ wurde eine Folge mit einer Umschülerin veröffentlicht. Darüber hinaus wurde für die Zielgruppe der Kurzfilm „Umschulung heißt...“ entwickelt.



Weblink:
[www.arbeitsagentur.de/
beruf-wechseln/
umschulung-zur-pflegefachkraft](http://www.arbeitsagentur.de/beruf-wechseln/umschulung-zur-pflegefachkraft)

Das erfolgreiche Format „Frühspätnacht-dienst“ aus dem ersten Berichtszeitraum wurde im Rahmen der Kampagne mit Fokus auf die neue Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz fortgesetzt. In einer der Folgen war zudem eine Praxisanleiterin zu sehen. Aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie konnten zwei Folgen nicht wie geplant im Frühjahr 2021 gedreht werden. Die Dreharbeiten werden nachgeholt.

Für die Woche um den „Internationalen Tag der Pflegenden“ am 12.05.2021 herum wurde im Rahmen der Kampagne wie bereits im Jahr 2020 eine „Themenwoche Pflegeausbildung“ entwickelt. Dort wurde mit zahlreichen digitalen Formaten und der Unterstützung von Influencerinnen und Influencern auf die Vorteile und Chancen der neuen Pflegeausbildung aufmerksam gemacht. Bestandteil der Themenwoche war auch der Start der Mitmach-Aktion „Deutschlands Pflegeazubis“. Die Auszubildenden werden im Rahmen der Aktion ermuntert kurze Videobeiträge hochzuladen, in denen sie anhand von drei konkreten Fragen ihre Perspektive auf die Ausbildung und ihren Wunsch für die Zukunft schildern können. Die Beiträge werden bearbeitet und in Form von kurzen Clips über Kanäle des BMFSFJ veröffentlicht und beworben.



Weblink:
<https://www.pflegeazubis2021.de/>

Um möglichst viele Beiträge von Auszubildenden zu erhalten, wurden vier Wochen vor dem Start der Aktion bundesweit ca. 30.000 Einrichtungen (Pflegeeinrichtungen, Pflegeschulen, Krankenhäuser) mit einem Schreiben der Ministerin zum Mitmachen aufgerufen. In dem Schreiben wurde neben dem Aufruf zur Aktion auch auf die zahlreichen neuen Kampagnenmaterialien hingewiesen, die von den Einrichtungen für die Werbung Auszubildender bis Ende 2021 kostenlos bestellt, heruntergeladen und auf Wunsch mit dem eigenen Logo individualisiert werden können. Dem Schreiben lag ein Kampagnenflyer zur neuen Pflegeausbildung, ein Leporello („20 Gründe für eine Ausbildung in der Pflege“) und eine Anleitung der Agentur zur Mitmach-Aktion und zur Materialbestellung bei.



Weblink:
<https://www.pflegeausbildung.net/>

Aufgrund der Bundestagswahl muss die Kampagne im Sommer 2021 pausieren. Einrichtungen und Partner können aber weiterhin die zahlreichen Kampagnenmaterialien kostenfrei herunterladen und bestellen. Auch die Kommunikationsservicestelle der Kampagne steht weiterhin für Fragen zur Verfügung.



Weblinks:

www.bibb.de/pflegeberufe

www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen

Der Information von Ausbildungsinteressierten dienen die Broschüre und der Flyer „Pflegeausbildung aktuell“ des BIBB. Seit März 2021 liegt der Flyer in insgesamt sieben Sprachen vor: Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch, Polnisch, Türkisch und Arabisch.

1.7 Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickeln (Handlungsfeld 3.4)

Die demographische Entwicklung erfordert eine Weiterentwicklung des Gesundheits- und Pflegewesens, die auch die Aufgabenverteilung innerhalb der Gesundheitsfachberufe betrifft. § 63 Absatz 3c SGB V sieht deshalb die Möglichkeit vor, in Modellvorhaben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen zu erproben. Diese Möglichkeit ist bislang nahezu nicht genutzt worden. Auch aus diesem Grund wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG¹²) in § 64d SGB V die verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes geregelt (s.a. Abschnitt 3.1). Mit den Regelungen des § 14 Absatz 4 PflBG zur Entwicklung standardisierter Module werden nun Ausbildungsangebote erleichtert, in denen über die in § 5 PflBG definierten Ausbildungsziele hinausgehende erweiterte Kompetenzen für heilkundliche Aufgaben aufgebaut werden.

In der Ausbildungsinitiative Pflege wurde in Handlungsfeld 3.4 „Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickeln“ vereinbart, die Fachkommission nach § 53 PflBG mit der Entwicklung standardisierter Module für die zusätzliche Ausbildung zu beauftragen. In Erfüllung dieses Auftrags konzipierte die Fachkommission die Module nach den gleichen Prinzipien, die auch den Rahmenlehrplänen und Rahmenbildungsplänen für die berufliche Ausbildung in der Pflege zugrunde liegen. Verantwortung für komplexe Pflegeprozesse sowie Kompetenz- und Situationsorientierung sind, wie in den Rahmenplänen auch, zentrale Konstruktionsprinzipien für die entwickelten Module. Strukturell und inhaltlich werden die konzeptionelle Anschlussfähigkeit und die Integration in eine Ausbildung oder ein Studium unterstützt.

Die auf Basis dieser Module erworbenen erweiterten Kompetenzen beziehen sich entsprechend dem generalistischen Ansatz der Pflegeerausbildung sowohl auf Menschen aller Altersstufen als auch auf alle Versorgungsbereiche. Sie können auch von Personen erworben werden, die sich für das letzte Ausbildungsdrittel für eine Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (§ 60 PflBG) oder für eine Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger (§ 61 PflBG) entschieden haben. Das gleiche gilt im Zuge einer Nachqualifizierung für Personen mit Berufsabschlüssen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz (vgl. § 64 Satz 2 PflBG).

¹² BGBl I, S. 2754, Das GVWG ist in wesentlichen Teilen am 20. Juli 2021 in Kraft getreten.


Mit dem Erwerb von erweiterten Kompetenzen durch Pflegefachpersonen ist die Intention verbunden, die gesundheitliche Versorgung insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen durch kontinuierliche, alltagsnahe, evidenzbasierte und abgestimmte Behandlungs-, Pflege-, Unterstützungs- und Informationsangebote zu sichern und hierfür die Kompetenzen der Pflegefachpersonen besser als bisher auszuschöpfen. Pflegefachpersonen haben durch ihre pflegerischen Aufgaben einen niedrigschwelligen und kontinuierlichen Zugang zu den Menschen, die von chronischen Erkrankungen betroffen sind. Außerdem bezieht die Pflege sich auf das gesamte Spektrum der Handlungsfelder von der Prävention, über Kuration, Rehabilitation bis zur Palliation, so dass sie dazu beitragen kann, Patientenzentrierung und Versorgungskontinuität auch über die Sektoren hinweg entscheidend zu verbessern. Die Fachkommission legt daher der Entwicklung der standardisierten Module stets den vollständigen Pflegeprozess zugrunde und erweitert diesen um den Therapieprozess.

Die Fachkommission hat in der Zeit von November 2019 bis Januar 2021 ein Grundlagenmodul, das verpflichtend zu absolvieren ist, und fünf von insgesamt acht Wahlmodulen, die sich an komplexen Pflege- und Therapiesituationen orientieren, sowie die theoretischen Begründungen erarbeitet. Die Module enthalten sowohl Ausbildungsinhalte für den theoretischen und praktischen Unterricht als auch Inhalte für den Lernort Praxis.

- G – Grundlagenmodul: Ein professionelles Berufs- und Rollenverständnis mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung entwickeln
- W 1 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage
- W 2 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind
- W 3 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind
- W 4 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind
- W 5 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind

Diese Ausarbeitungen wurden im März 2021 dem BMFSFJ sowie dem BMG mit der Bitte um Genehmigung gemäß § 14 Absatz 4 PflBG vorgelegt.

Die Genehmigung erfolgte mit Schreiben vom 25. Juni 2021, im Anschluss wurden die Module online veröffentlicht.



Weblink:
www.bibb.de/module

Darüber hinaus hat die Fachkommission die Erarbeitung der drei weiteren Wahlmodule im Juni 2021 abgeschlossen und am 16. Juli 2021 dem BMFSFJ und dem BMG mit der Bitte um Genehmigung gemäß § 14 Absatz 4 PflBG vorgelegt:

- W 6 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind
- W 7 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen mit einem Tracheostoma
- W 8 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung in Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind

Damit umfassen die von der Fachkommission entwickelten Module G bis W 8 den gesamten Regelungsbereich der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)“ aus dem Jahr 2012, integrieren jedoch den auf Einzeltätigkeiten fokussierten prozedurenbezogenen Teil der Heilkundeübertragungsrichtlinie konsequent in komplexe Pflege- und Therapiesituationen, die der Verantwortung und dem Anspruch eines erweiterten Pflege- und Berufsverständnisses gerecht werden.

Auf Grundlage der genehmigten Module sind die Krankenkassen bzw. ihre Verbände aufgefordert, nunmehr zeitnah entsprechende Modellvorhaben zur erweiterten Ausübung von Heilkunde durch auf diese Weise qualifizierte Pflegefachpersonen zu vereinbaren oder durchzuführen (Handlungsfeld 3.4, Beitrag 3 der Ausbildungsinitiative). Durch § 64d SGB V werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 SGB V durchzuführen.

Anfang 2021 wurde das erste Ausbildungsangebot nach § 14 Absatz 7 PflBG durch das BMFSFJ und das BMG genehmigt. Mit dem aus Mitteln des Innovationsfonds geförderten Projekts „InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung“ des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern und des Instituts für Community Medicine Greifswald wird die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen nach § 63 Absatz 3c SGB V erprobt. Im Rahmen dieses Modellvorhabens wird für bereits nach dem KrPflG bzw. AltPflG ausgebildete Pflegefachpersonen eine Nachqualifizierung als „Dementia Care Manager“ mit erweiterten heilkundlichen Aufgaben gemäß § 14 Absatz 7 PflBG befristet angeboten. Als „Dementia Care Manager“ sollen die Pflegefachpersonen in der ambulanten, sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Demenz so nachqualifiziert werden, dass sie in der Häuslichkeit der zu pflegenden Menschen bislang ärztliche Tätigkeiten gemäß der Richtlinie des G-BA nach § 63 Abs. 3c SGB V ausführen können, wie Assessments, die Planung einzuleitender Interventionen, die Umsetzung des Therapieplanes sowie die Verordnung und Versorgung mit Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln. Dazu sieht die Qualifizierung u. a. die Ausbildung von erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten an einer Pflegeschule in Berlin sowie in verschiedenen Einrichtungen und Ärztenetzwerken in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Hessen vor, wobei etwa 600 Stunden für Vertiefungsinhalte der Erstausbildung und in etwa 100 Stunden für die Inhalte der erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vorgesehen sind.

1.8 Daten und Forschung zur Ausbildung in den Pflegeberufen (Handlungsfeld 1.1)

Belastbare Daten spielen eine wichtige Rolle, um die Entwicklung des Fachkräftenachwuchses in den Pflegeberufen beobachten, beurteilen, einordnen und geeignete Maßnahmen zu ihrer Steuerung ergreifen zu können. Daten aus den amtlichen Statistiken werden, wo notwendig, durch Forschungsaufträge ergänzt, um ein umfassendes Bild der Ausbildungssituation in der Pflege zu erhalten.

In der Ausbildungsinitiative Pflege wurde vereinbart, eine Arbeitsgruppe „Statistik zur Ausbildung in den Pflegeberufen“ (AG Statistik) einzurichten, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesregierung, der Länder, des Statistischen Bundesamtes, der BA sowie des Bundesinstituts für Berufsbildung zusammensetzen soll. Das BIBB hat die koordinierende Moderation und Unterstützung der AG Statistik übernommen.

Die Aufgabe dieser AG besteht u. a. darin, den Aufbau einer amtlichen Statistik zur Ausbildung in den Pflegeberufen zu begleiten sowie anhand dieser und weiterer verfügbarer Daten belastbare Aussagen zur Situation und Entwicklung der Pflegeausbildung zu erarbeiten, die in den Gesamtkontext aller Berufsausbildungen eingeordnet werden können. Erste Datenauswertungen aus der Pflegestatistik, der Stand der Erhebungen der Bundesstatistik zur Ausbildung in der Pflege (PfleA) sowie die Abbildung der hochschulischen Pflegeausbildung in der Hochschulstatistik wurden u. a. im Rahmen der zweiten Sitzung der AG Statistik am 19. Mai 2021 diskutiert. Die Diskussionsergebnisse fließen in die weiteren Auswertungen und Ausarbeitungen ein und sollen mittelfristig einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Zu einigen wesentlichen Aspekten der Pflegeausbildung liegen keine ausreichenden Daten vor. Im Kontext der Einführung des neuen Pflegeberufegesetzes sind dem BIBB Forschungsaufgaben zur beruflichen Ausbildung, zur hochschulischen Ausbildung und zum Pflegeberuf übertragen worden. Auf Basis dieses Auftrags wurde im BIBB in Abstimmung mit dem BMFSFJ und dem BMG ein Forschungsprogramm erarbeitet.

Das Forschungsprogramm wurde auf Basis systematischer Analysen zu aktuellen Themen und Forschungslücken sowie auf der Grundlage politischer Programme und strategischer Ziele des BIBB entwickelt. Daraus haben sich vier Themenfelder ergeben, die einen Rahmen für zu vergebende Forschungsaufträge in der Erprobungsphase in den Jahren 2020 bis 2024 bilden:

1. Bildungsarchitektur in der Pflege: Transparenz und Durchlässigkeit der Bildungswege verbessern
2. Neue Pflegeausbildungen etablieren
3. Migration: Chancen und Herausforderungen
4. Den digitalen Wandel gestalten

Aktuelle Informationen zu Forschungsprojekten und -ausschreibungen sind im Internet abrufbar.

Weblink:
www.bibb.de/pflegeforschung



In 2021 startete die Begleitforschung zur Einführungsphase der neuen Pflegeausbildungen nach dem PflBG. Im Rahmen des Forschungsprojekts sollen frühzeitig Erfolgsfaktoren und Hindernisse für diesen Veränderungsprozess identifiziert werden. Die Entwicklungen bei den ausbildenden Institutionen werden durch sechs qualitative Schwerpunktbefragungen in den Jahren 2021, 2022 und 2023 untersucht. Das Projekt führt dazu Interviews mit allen relevanten Akteursgruppen durch und integriert Ausbildungsbetriebe, Pflegeschulen und Hochschulen mit primärqualifizierendem Ausbildungsangebot in der Pflege. Zudem werden die Koordinierungsstellen bei den Erhebungen berücksichtigt. Die Perspektiven der Auszubildenden und Studierenden werden im Rahmen einer standardisierten Längsschnittuntersuchung mit insgesamt drei Erhebungswellen in 2021, 2022 und 2023 untersucht. Die Befragungen zielen darauf ab, die aktuellen Herausforderungen der Ausbildungspraxis zu identifizieren, um daraus Impulse für die Erarbeitung weiter-



Weblink:
<https://www.bibb.de/begleitforschungpflege>

führender Unterstützungsangebote zur Implementierung der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen durch das BIBB abzuleiten. Erste Ergebnisse werden noch in 2021 vorgelegt werden. Zum aktuellen Stand des Projekts werden fortlaufend Informationen im Internet bereitgestellt.

Das Forschungsprogramm wird ergänzt durch ein Monitoring nach § 60 Abs. 6 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) zur systematischen, langfristigen Beobachtung des Ausbildungsgeschehens. Als Grundlage wurde mit einem Pflegepanel eine bundesweit einzigartige Befragungsstruktur aufgebaut. Das BIBB-Pflegepanel umfasst Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegedienste, Pflegeschulen und Hochschulen, die in wiederkehrenden Wellen befragt werden. Im Fokus stehen dabei Fragestellungen zum Ausbildungsgeschehen und zur Ausbildungsqualität sowie zur Organisation der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen. Die Erhebungen sind quantitativ ausgelegt und bestehen aus einem festen Satz an Fragen, der in allen Erhebungswellen in gleicher Weise abgefragt wird, und aus einem variablen Satz an Fragen zu jährlich neu ausgewählten Schwerpunktthemen. Insgesamt haben sich 6.694 Personen bereit erklärt, am BIBB-Pflegepanel teilzunehmen.



Weblink:
<https://www.bibb.de/pflegeberufe/monitoring>

Die Auswertungen ermöglichen aktuelle Einblicke zum Qualifizierungsgeschehen in der Pflege und zum Umsetzungsstand der Pflegeausbildungen. Weiterhin werden Trends und Best Practice-Beispiele zu Schlaglichtthemen, wie z. B. Digitalisierung, Rekrutierungsstrategien für die Gewinnung von Auszubildenden und

Maßnahmen zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen, aufgezeigt. Die Erstbefragung der Träger der praktischen Ausbildung oder Ausbildungseinrichtungen ist abgeschlossen. Der erste Ergebnisbericht kann auf der Website des BIBB heruntergeladen werden.

Die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen aus Monitoring und Begleitforschung münden in die jährliche Berichterstattung des BIBB ein und dienen als Grundlage für Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung. Die aus den Befragungen eruierten Bedarfe der Ausbildungspraxis geben Impulse für die Erarbeitung weiterführender Unterstützungsangebote zur Implementierung der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildungen durch das BIBB.



Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Arbeitsgruppe 2

2. Arbeitsgruppe 2 „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“

Zentrales Anliegen der Arbeitsgruppe 2 (AG 2) ist die Sicherstellung einer fachlich angemessenen Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Darüber hinaus wurden in der AG 2 zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende im Rahmen des betrieblichen Personalmanagements, des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung vereinbart.

Die Mitglieder der AG 2 wollen erreichen, dass die Arbeit in der Pflege für alle beruflich Pflegenden so gestaltet wird, wie es dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden entspricht. Im Ergebnis sollen einerseits mehr Menschen für die Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden – Auszubildende, Wiedereinsteigende und Berufsrückkehrende gleichermaßen. Andererseits soll es beruflich Pflegenden ermöglicht werden, in allen Lebensphasen geeignete Aufgaben in der Pflege auszuüben. Hierzu hat die AG 2 der KAP im Jahr 2019 umfangreiche Maßnahmen vereinbart. Die im Abschnitt zur AG 2 dargestellten Maßnahmen basieren auf den Angaben der Mitglieder der AG 2 zu den bis April 2021 begonnenen oder abgeschlossenen Maßnahmen, die diese dem BMG im Rahmen des Monitorings gemeldet haben. Maßnahmen, deren Umsetzung bereits im ersten Umsetzungsbericht vom November 2020 dargestellt wurde, werden nur insoweit erneut berichtet, als es gegenüber dem letzten Umsetzungsbericht relevante Fortschritte gab. Zu Maßnahmen, die pandemiebedingt noch nicht begonnen oder abgeschlossen werden konnten, wird in diesem Bericht nicht (erneut) berichtet. Ihre Umsetzung wird weiterhin aktiv vorangetrieben und konstruktiv begleitet werden.

Den Vorsitz der AG 2 hat das BMG. Die Liste der Mitglieder der AG 2 findet sich im Anhang II 2.

Studie zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft bestätigt KAP-Maßnahmen und zeigt Ansätze für weitere Maßnahmen


Aus Sicht der beruflich Pflegenden kann es erforderlich sein, weitere Maßnahmen zur Gestaltung guter Arbeitsbedingungen zu ergreifen, die die Vereinbarungen der AG 2 konkretisieren und ergänzen. Dazu hat das BMG im Jahr 2020 eine **Studie zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft** („Arbeitsplatzstudie“) in Auftrag gegeben. In der Studie werden auf der Grundlage einer systematischen Auswertung des vorhandenen Forschungsstands, einschließlich themenbezogener Studien und Stellungnahmen von größeren Pflege-(berufs)verbänden, Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege sowie in der Akutpflege im Krankenhaus befragt, wie sie sich ihren Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen, mit welchen Maßnahmen die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege gesteigert, der Verbleib im Pflegeberuf erhöht und beruflich Pflegenden für die Pflege zurückgewonnen werden können. Die Arbeitsplatzstudie wird im Jahr 2022 abgeschlossen; die Ergebnisse werden in die weitere (Umsetzungs-)Arbeit der KAP einfließen.

Erste Zwischenergebnisse der Arbeitsplatzstudie aus der Auswertung von über 5.000 Wissens-elementen aus 641 Publikationen bestätigen die Maßnahmen der KAP und machen zudem deutlich, dass – nachdem die Umsetzung der erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen erfolgt ist – die **Umsetzung weiterer Maßnahmen vorrangig auf der betrieblichen, verbandlichen und teilweise auf der vertraglichen Ebene** erfolgen muss. Gerade hier wurden den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern durch die Pandemie, die viele Personalressourcen gebunden hat, deutliche Grenzen gesetzt. Umso wichtiger ist es, dass die Umsetzung der auf diesen Ebenen noch nicht erfolgten Maßnahmen auch weiter engagiert vorangetrieben wird. Das BMG, das BMFSFJ und das BMAS werden die Umsetzung daher in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich auch weiterhin aktiv begleiten und nachhalten.

Auch eine in der Arbeitsplatzstudie vorgenommene Analyse von Bewertungen von Arbeitgebern in der Pflege zeigt, dass die Arbeitgeber in der Pflege Potenziale für die Stärkung ihrer Attraktivität für beruflich Pflegende häufig noch nicht hinreichend nutzen. Die Bewertungen in den Kategorien „Führungsverhalten“, „Arbeitsbedingungen“, „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“, „Diversity“ sowie „Aus- und Weiterbildung“ lagen im Durchschnitt unter dem Niveau der Gesamtwirtschaft. Besonders großer Handlungsbedarf wird in den Bereichen „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“, „Arbeitsbedingungen“ und „Führungsverhalten“ gesehen. Bei einer Freitextanalyse standen mit den vier Themen „Unterstützung durch Vorgesetzte“, „Arbeitsklima“, „Führungsstil“ und „Wertschätzung durch Vorgesetzte“ die Hälfte der genannten Themenbereiche für Verbesserungen im Zusammenhang mit dem **Führungsverhalten**. Dieser Punkt wird auch im Vergleich zur Gesamtwirtschaft wesentlich häufiger genannt, was deutlich macht, dass hier ein zentraler Ansatzpunkt für Verbesserungen auf der betrieblichen Ebene liegt. Weitere Themen betrafen den Wunsch nach besserer Bezahlung (einschließlich Sonderzahlungen wie Urlaubs-/Weihnachtsgeld) und besseren beruflichen Weiterbildungsmöglichkeiten, betrieblicher Altersvorsorge und Extras, wie z. B. Jobticket, verlässlicher Arbeitszeitplanung und besserer Work-Life-Balance sowie insgesamt einer Verringerung der physischen und psychischen Belastung.

Eine im Rahmen der Arbeitsplatzstudie ebenfalls erfolgte **Analyse von angebotenen Zusatzleistungen** im Vergleich zur Gesamtwirtschaft macht zudem deutlich, dass in der Gesundheits- und Pflegebranche im Durchschnitt weniger Zusatzleistungen angeboten werden als in der Gesamtwirtschaft. Über dem Durchschnitt der Gesamtwirtschaft angeboten werden in der Gesundheits- und Pflegebranche nach dieser Auswertung die Möglichkeit zur Inanspruchnahme eines Betriebsarztes oder einer Betriebsärztin, eine barrierefreie Arbeitsumgebung, eine betriebliche Altersvorsorge und die Duldung von Hunden im Betrieb. Unterhalb des Durchschnitts der Gesamtwirtschaft angeboten werden z. B. Kinderbetreuung, Gesundheitsmaßnahmen, Mitarbeitererevents, Mitarbeiterbeteiligung, Coaching, Parkplatz, Firmenwagen, Internetnutzung, Essenszulagen, Kantinen, flexible Arbeitszeit und Homeoffice sowie Mitarbeiterhandys oder -rabatte. Auch wenn einige Unterschiede bei der Bereitstellung von Zusatzleistungen vor allem auf strukturelle Unterschiede zwischen den Branchen zurückgehen (z. B. die Möglichkeit zur Nutzung von Homeoffice), zeigt sich, dass hier noch **ungenutzte Potentiale für Einrichtungen in der Gesundheits- und Pflegebranche** bestehen könnten, um die Arbeitgeberattraktivität und die Mitarbeiterbindung zu erhöhen.

Dass Arbeitgeber in der Pflege dies teilweise erkannt haben und umsetzen, zeigt eine im Juli 2021 veröffentlichte **Auswertung von 372 Stellenangeboten für Pflegekräfte im aktuellen DEKRA-Arbeitsmarkt-Report 2021**: Danach sind die von Arbeitgebern angebotenen Zusatzleistungen in den letzten Jahren deutlich häufiger geworden. Die am häufigsten angebotenen Leistungen sind eine betriebliche Altersvorsorge (43,5 %), gefolgt von Mitarbeiter-Anwerbe-Prämien und arbeitgeberfinanzierte Weiterbildung (je 25,3 %), Prämien (17,7 %) sowie Kinderbetreuung (14,8 %).



Weblink:
<https://www.dekra.de/de/roter-teppich-fuer-heiss-begehrte-pflegekraefte/>

Die Auswertung eines weiteren Bewertungsportals für Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Arbeitsplatzstudie zeigt zudem, dass **Pflegeeinrichtungen von außen schlechter wahrgenommen werden als durch beruflich Pflegende und Bewohnerinnen und Bewohner**. Dies deutet darauf hin, dass neben notwendigen betrieblichen Verbesserungen auch die Transparenz und Außendarstellung von Pflegeeinrichtungen zu einer besseren Wahrnehmung und Wertschätzung der Pflege beitragen kann.

Ergänzt werden die Befragungen durch die Auswertung weiterer **Daten zu Erwerbsbiografien von beruflich Pflegenden**. Die Ergebnisse zeigen unter anderem häufige Wechsel aus der Pflege in einen anderen Beruf aufgrund persönlicher Motive.

Auch der Zeitpunkt für einen Übergang zu einer Teilzeitbeschäftigung scheint bei den jüngeren Jahrgängen stark mit der Elternschaft zu korrelieren. Damit wird deutlich, dass Ansätze zur Verbesserung der Dienstplangestaltung und flexible Arbeitszeitmodelle deutlich dazu beitragen könnten, den Übergang zur Teilzeit oder den Ausstieg aus dem Beruf zu verringern. Zudem kann aus den Daten ein stetiger Austausch von Personal zwischen der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege abgeleitet werden, der zwischen den Bereichen zahlenmäßig ausgeglichen ist.

Aus den Zwischenergebnissen wird zusammenfassend nochmals deutlich, welche **Anforderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft** gestellt werden müssen:

- (1) Der Arbeitsalltag in der Pflege und die Bedürfnisse der Mitarbeitenden müssen besser in Einklang gebracht werden. Verbesserungsbedarfe werden insbesondere gesehen bei der Vereinbarkeit von Lebensmodellen und Beruf, dem Führungsverhalten, dem Umgang mit psychischen und physischen Belastungen sowie dem Ermöglichen hoher Pflegequalität und Freiräumen für selbstständiges Agieren.
- (2) Die Pflege sollte sich weiter professionalisieren und damit als Berufsbild in der Gesundheits- und Sozialbranche noch klarer profilieren. Gewünscht werden eine systematische Aus- und Fortbildung, klare Berufsprofile und Karrieremöglichkeiten – auch „am Bett“.
- (3) Die Sinnhaftigkeit und Professionalität des Berufes sollten mit einer entsprechenden öffentlichen Wahrnehmung einhergehen. Dies könnte sich dadurch erreichen lassen, dass die Attraktivität und Sinnhaftigkeit der beruflichen Pflege in der Kommunikation deutlicher herausgearbeitet wird. Die Bezahlung sollte den Wert der Pflege im Vergleich zu Ausbildungsberufen in der Industrie widerspiegeln und die Belastungen berücksichtigen.



Weblinks:

<https://www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/Bericht-zur-Lage-der-Pflegefachberufe-Nds-2021-Online.pdf>

https://pflegeberufekammer-sh.de/wp-content/uploads/2021/05/21-05-12-Auszug_Studie_Berufsverbleib_-Wiedereinstieg_Pflegefachpersonen.pdf

Ein ähnliches Bild ergibt sich auch aus anderen Befragungen, die von Mitgliedern der KAP veranlasst wurden, so zum Beispiel von der Pflegekammer Niedersachsen (Bericht zur Lage der Pflegeberufe) und der Pflegekammer Schleswig-Holstein (Studie zum Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein), sowie aus Analysen auf Basis der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)-Beschäftigtenbefragung 2019 (Hohe Anforderungen, wenig Ressourcen: Arbeitszeiten in der Alten- und Krankenpflege): Beschäftigte in der Pflege arbeiten seltener in Vollzeit und berichten von einem geringen Einfluss auf ihre Arbeitszeitgestaltung.

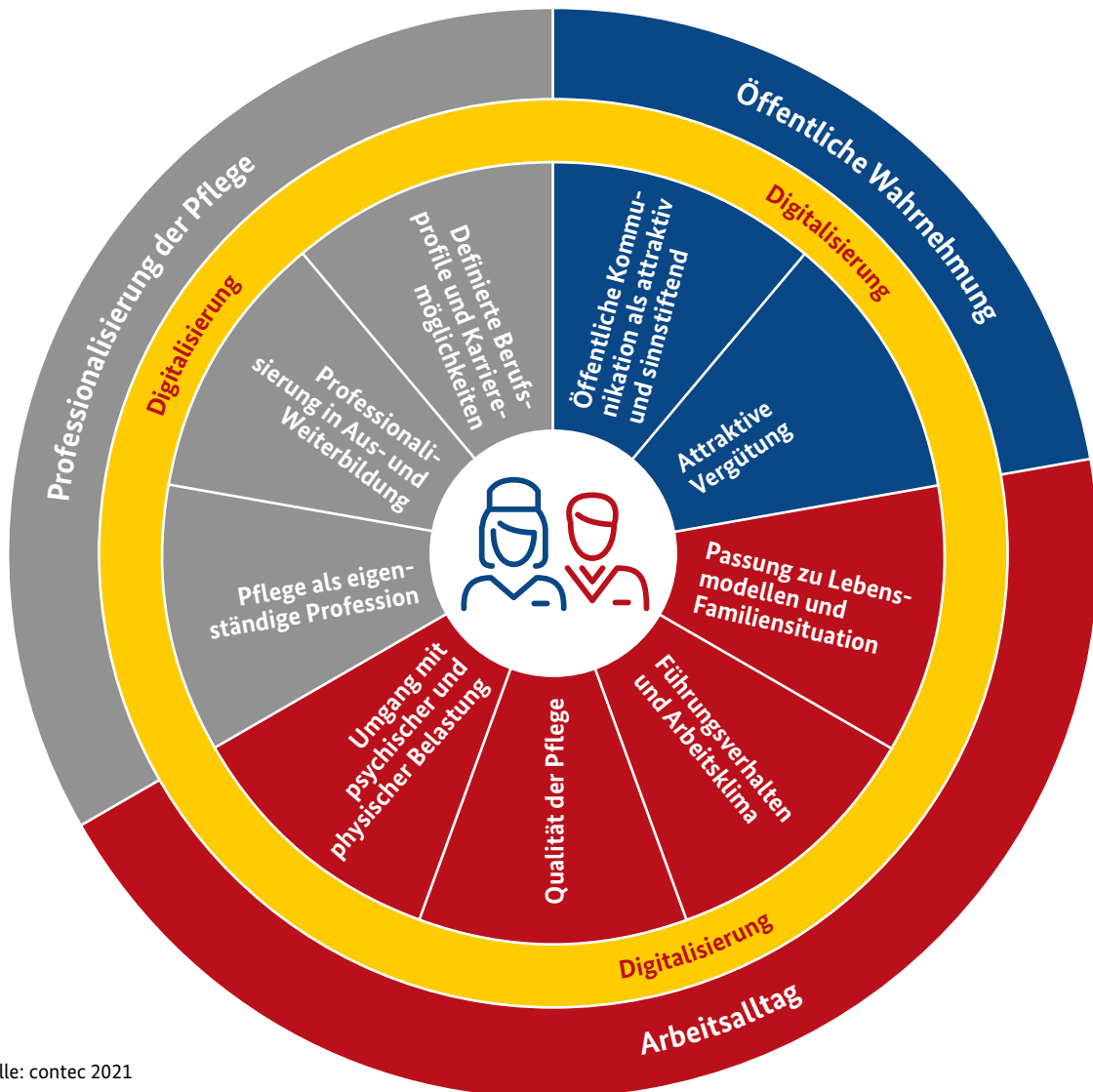


Weblink:

<https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/Arbeitszeiten-Pflege.html>

Nachstehende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklungsbereiche für den Pflegearbeitsplatz der Zukunft:

Abbildung 5: Entwicklungsrad für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft



Quelle: contec 2021

Aus den Befragungen und dem aktuellen Erhebungsstand der Arbeitsplatzstudie wird deutlich: Die weitere Umsetzung der von der KAP beschlossenen Maßnahmen ist erforderlich, damit die Arbeitsbedingungen in der Pflege flächendeckend so gestaltet werden, dass Pflege mehr und mehr als langfristige, attraktive Berufsperspektive, auch für Vollzeitbeschäftigung oder vollzeitnahe Teilzeit, wahrgenommen werden kann. Dafür ist u. a. auch eine bessere Vernetzung von beruflich Pflegenden und Führungskräften in der Pflege förderlich.

Pflegenetzwerk Deutschland (PND): Vernetzung von beruflich Pflegenden zum Austausch von Ideen und zu Beispielen Guter Praxis

Das bundesweite Pflegenetzwerk Deutschland (PND) ist eine Initiative des BMG – ein bundesweites Vernetzungsangebot für Menschen, die in der Pflege und für die Pflege arbeiten. Es soll den Austausch von Praktikerrinnen und Praktikern ermöglichen – über Themen und Entwicklungen im Bereich Pflege im weitesten Sinne: Ideen, Gute-Praxis-Beispiele und Initiativen, Anliegen und Fragestellungen zu Herausforderungen

vor Ort, gefundene praktische Lösungsstrategien, Fachthemen der Pflege usw. Zudem ermöglicht das Netzwerk Begegnung sowie Austausch mit Wissenschaft und Politik.



Weblink:
Austausch und Vernetzung für
beruflich Pflegende unter www.pflegenetzwerk-deutschland.de

Auf der Homepage des Pflegenetzwerks wird u. a. auf die bestehenden Beratungsangebote und Fördermaßnahmen der BA sowie das Informations- und Beratungsangebot des „Beratungsteams Pflegeausbildung“ des BAFzA und die Kampagne „Mach Karriere als Mensch!“ des BMFSFJ hingewiesen (detaillierte Informationen zur Kampagne siehe Abschnitt 1.6).

Darüber hinaus werden im Netzwerk die Themen aufgegriffen, die Pflegpraktikerinnen und Pflegepraktiker in ihrem Alltag umtreiben: Das waren – neben dem großen Hauptthema Corona mit den unterschiedlichsten Facetten – im Jahr 2020/2021 die Schwerpunkte

- gute Führung und gute Arbeitsbedingungen vor Ort,
- Zusammenhalt und Zusammenarbeit,
- psychische Gesundheit,
- das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit sowie
- Themen der aktuellen Pflegepolitik.

Monatlich finden zwischen 15 und 30 digitale Dialogveranstaltungen („Praxisdialoge“) statt; vier bis fünf Mal wöchentlich erhalten die Netzwerkmitglieder kurze informative Mails zu Ausbildungs-, Corona- und pflegepolitischen Themen, zu Themen des Netzwerks, mit Hinweisen auf weitere Informationsangebote oder hilfreiche Publikationen etc. Darüber hinaus gibt es auf digitalen Medien weitere Informations- und Dialogangebote z. B. eine Facebook-Gruppe, Kanäle bei LinkedIn, Telegram, YouTube.

2.1 Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sicherstellen

Zu den Rahmenbedingungen einer guten Pflege gehört insbesondere eine qualitativ und quantitativ am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, mit hinreichend Zeit für Pflegebedürftige, Patientinnen und Patienten, für betriebliche Maßnahmen zum gesundheitsförderlichen Führungsverhalten, gutem Personalmanagement und zur Umsetzung des Arbeitsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ziel der KAP-Partner ist es daher, die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zügig voranzutreiben und in Umsetzung des Koalitionsvertrags gesetzlich zu verankern.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Das bundeseinheitliche Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI wird umgesetzt

Am 30. Juni 2020 wurde das Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI (**Personalbemessungsstudie – PeBeM**) durch die Universität Bremen (Prof. Rothgang et al.) abgeschlossen. Empfohlen wird ein Verfahren zur Ermittlung eines einrichtungsindividuellen Personalmix für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (sog. Algorithmus 1.0). Dieser ermittelt – abhängig von der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in einem bestimmten Pflegegrad – die Anzahl und Qualifikation des zur Versorgung aus fachlicher Sicht erforderlichen Pflegepersonals. Mit dem Verfahren werden zukünftig mehr Pflegefachpersonen und deutlich mehr qualifizierte Pflegehilfs- und –assistentenpersonen mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen benötigt. Dabei werden die pflegerischen Aufgaben nach dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff kompetenz- und qualifikationsorientiert den beruflich Pflegenden zugeordnet – damit beruflich Pflegenden in der Regel vorrangig die Aufgaben wahrnehmen können, die ihrer jeweiligen Qualifikation entsprechen.

Weblink:

Der Abschlussbericht zum Projekt PeBeM ist unter https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf zum Download verfügbar.

Pflegefachpersonen werden dabei mehr in ihrer Fachlichkeit wahrgenommen. Nach den Empfehlungen des Berichts sollen sie mit Blick auf die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG den Pflegeprozess steuern, verstärkt koordinierende Aufgaben und in komplexen Versorgungssituationen auch die pflegerische Versorgung selbst übernehmen. Zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen gehört es auch, die Pflegehilfs- und Assistenzpersonen in die pflegerische Versorgung einzubinden. Pflegehilfs- und Assistenzpersonen sollen in weniger komplexen Pflegesituationen in der körperbezogenen Pflege und pflegerischen Betreuung tätig werden und damit die Pflegefachpersonen deutlich entlasten, um Zeit für ihre fachlichen Aufgaben zu schaffen.

Ende Februar 2021 wurde die in der KAP vereinbarte und vom BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ unter Beteiligung der relevanten Akteure erarbeitete „**Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen**“ veröffentlicht. In der Roadmap werden die notwendigen Umsetzungsschritte zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens dargestellt und mit einem Zeitplan versehen. Die Roadmap kann unter nebenstehendem Link abgerufen werden.

Weblink:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzerterte_Aktion_Pflege/Roadmap_zur_Einfuehrung_eines_Personalbemessungsverfahrens.pdf

Zu den vereinbarten Schritten der Roadmap zählen insbesondere:

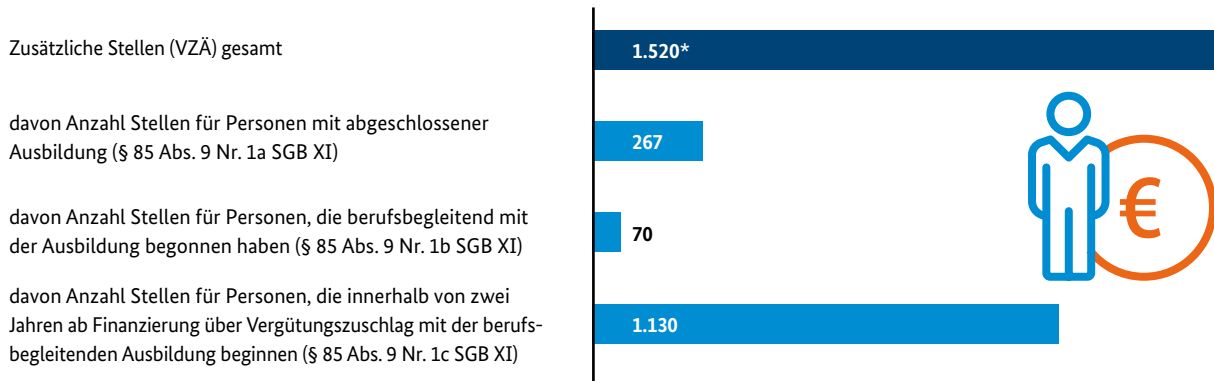
- Umsetzung der ersten Personalausbaustufe mit der Finanzierung von 20.000 zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen zum 1. Januar 2021 – dies entspricht rd. 20 % des zusätzlichen Personalbedarfs an Pflegehilfs- und – assistenzpersonen auf Grundlage des Algorithmus 1.0 in vollstationären Einrichtungen bei der aktuellen Anzahl der Pflegebedürftigen.
- Zum 1. Juli 2023 soll eine zweite Personalausbaustufe (prozentual und mit Konvergenz) mit weiteren rd. 20 % des zusätzlichen Personalbedarfs erfolgen. Parallel sollen flächendeckend Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Grundlage der ersten Ergebnisse des Modellprogramms umgesetzt werden.
- Nach Vorlage der Berichte und Empfehlungen für einen Algorithmus 2.0 Ende des Jahres 2024 soll im Jahr 2025 die Prüfung weiterer Personalausbaustufen in Abhängigkeit von den Ergebnissen der begleitenden Evaluation und der Lage am Arbeits- und Ausbildungsmarkt erfolgen.
- Zur modellhaften Einführung des Algorithmus 1.0 in einer Reihe von Pflegeeinrichtungen soll ein Modellprogramm geschaffen werden.
- Einsetzung eines Begleitgremiums, bestehend aus den Ländern und den relevanten Akteuren für die Altenpflege, zur Begleitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens, insbesondere des Modellprogramms.

Rd. 17.300 zusätzliche Fachkraft- und rd. 40.000 zusätzliche Hilfskraftstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden in dieser Legislatur gesetzlich ermöglicht

Eine **erste Personalausbaustufe** und zugleich ein erster Schritt zur gesetzlichen Verankerung des Personalbemessungsverfahrens ist bereits mit dem „**Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege**“ (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) erfolgt. Es wurde die Finanzierung von 20.000 zusätzlichen Stellen für Pflegehilfs- und – assistenzpersonen (**20.000-Pflegehilfskraftstellen-Programm**) geregelt. Damit werden – wie im Abschlussbericht zum PeBeM-Projekt empfohlen – für rd. 20 % des in der Personalbemessungsstudie ermittelten Personalmehrbedarfs entsprechende Stellen geschaffen. Das Gesetz ist am 1. Januar 2021 in Kraft treten.

Nach den Angaben des GKV-SV konnte zum Stichtag 31.03.2021 bereits die folgende Anzahl an Pflegehilfskraftstellen, unterteilt nach Qualifikation, bewilligt werden:

Abbildung 6: Zusätzliche Stellen gem. § 84 Abs. 9 SGB XI im Zeitraum 01.01.2021 - 31.03.2021



Quelle: GKV-Sptzenverband

Anmerkung: * Anzahl gesamt ist höher als Summe der Folgezeilen, da die Aufschlüsselung nach Qualifikation für einzelne Einrichtungen nicht vorliegt. Eine Angabe zu der Personenanzahl (Köpfe) ist nicht möglich, da eine statistische Erhebung der Personenanzahl nicht bei allen Pflegekassen erfolgt. In der Regel werden Stellenanteile vereinbart, ohne dass dabei die Anzahl der Personen erfasst wird.

Ca. 940 Einrichtungen (gezählt nach Versorgungsvertrag) erhalten einen Vergütungszuschlag. Einbezogen wurden die Einrichtungen, die zum genannten Stichtag einen Zuschlag berechnet haben.

Darüber hinaus wurde zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit dem **GVWG** eine **zweite Personalausbaustufe** mit weiteren rd. 20% des Personalmehrbedarfs (insgesamt daher rd. 40% des von der Universität Bremen ermittelten Personalmehrbedarfs) zum 1. Juli 2023 festgelegt. Dadurch werden über das 13.000 Pflegefachkraftstellen-Programm und das 20.000 Pflegehilfskraftstellen-Programm weitere **ca. 20.000 Stellen für Pflegehilfs- und – assistenzpersonen** und weitere **ca. 4.300 Stellen für Pflegefachpersonen** in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht. Mit der Umsetzung der zweiten Personalausbaustufe wird zugleich das neue, **bundeseinheitliche Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, gesetzlich verankert** und die schrittweise Angleichung der Stellenschlüssel in den Ländern ermöglicht.

Das Personalbemessungsverfahren sieht einen fachlich angemessenen Personalmix für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor. Dieser kann jedoch nach den Ergebnissen der Personalbemessungsstudie nur dann in der Praxis ankommen, wenn auch die Aufgaben in den Pflegeeinrichtungen kompetenzgerecht verteilt werden. Dafür ist eine gezielte Organisations- und Personalentwicklung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen erforderlich. In der Personalbemessungsstudie wurde die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens daher nur in Kombination mit der Umsetzung solcher Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen empfohlen. Zudem wurde in der Personalbemessungsstudie darauf hingewiesen, dass mit einer solchen Umsetzung Effizienzreserven erschlossen werden können, insbesondere bei den indirekten Pflegeleistungen.

Parallel zur gesetzlichen Verankerung und der Schaffung der zusätzlichen Fachkraft- und Hilfskraftstellen erfolgt daher – wie in der Roadmap vorgesehen – im Rahmen des mit dem GPVG eingeführten Modellprogramms des GKV-Spitzenverbands (§ 8 Abs. 3b SGB XI) eine **modellhafte Einführung und Evaluation**

des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der ersten, durch die Personalbemessungsstudie entwickelten Fassung (Algorithmus 1.0). Ziel der modellhaften Einführung ist, eine auf dieser Grundlage erhöhte Personalausstattung mit begleitenden Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen sowie Maßnahmen der Digitalisierung und des Technikeinsatzes zu untersuchen und basierend auf den Ergebnissen einen **optimierten Algorithmus 2.0 zu ermitteln**. Der GKV-Spitzenverband, das BMG und das BMFSFJ werden bei der modellhaften Einführung und Evaluation durch ein Begleitgremium unterstützt, das vom BMG einberufen wurde und noch im Sommer 2021 erstmals zusammentreten wird. Mitglieder des Gremiums sind die Länder und die relevanten Akteure für die Altenpflege.

Für die Ausschreibung der modellhaften Einführung und Erprobung des Algorithmus 1.0 wird der **Entwurf einer Leistungsbeschreibung** erarbeitet, die nach Anhörung und Beratung im Begleitgremium mit dem BMG und dem BMFSFJ abgestimmt und ausgeschrieben werden wird.

Wenn die Ergebnisse aus dem Modellprogramm vorliegen, prüft das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ und dem BMAS, ob eine Anpassung des Personalbemessungsverfahrens möglich und notwendig ist. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der modellhaften Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b;
2. die in den Ländern durchschnittlich zu diesem Zeitpunkt tatsächlich vereinbarte personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Auf dieser Grundlage wird die Bundesregierung anschließend dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat innerhalb von sechs Monaten einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens vorlegen.

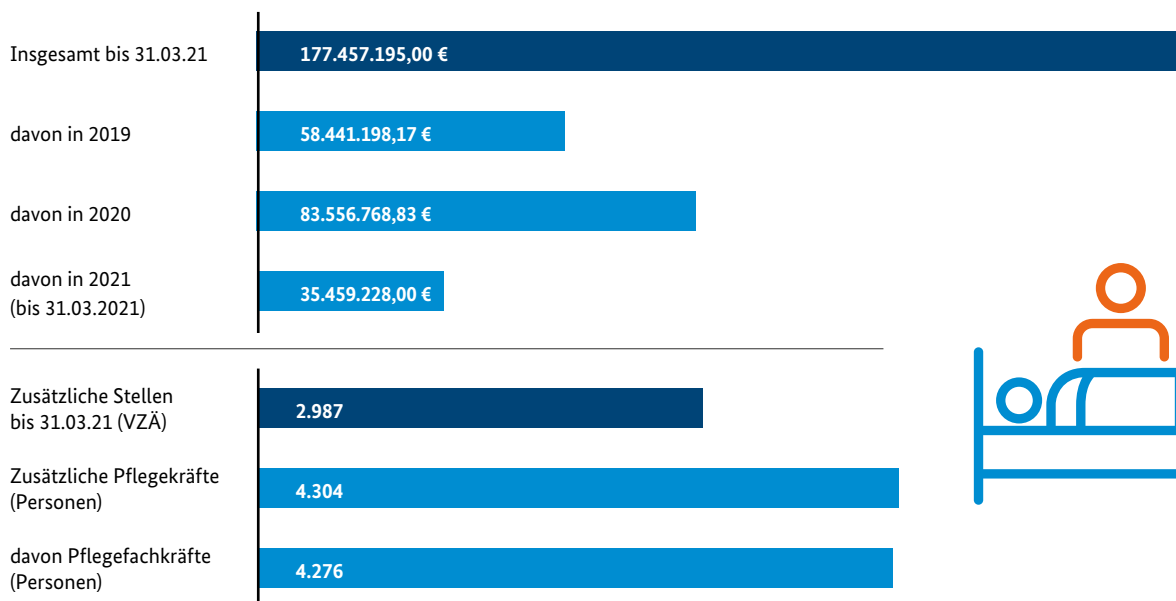
13.000-Fachkraftstellen-Programm: Stellenbesetzung wurde flexibilisiert und geht weiter voran

Mit dem GPVG wurde die Neueinstellung zusätzlichen Pflegefachpersonals aufgrund des bereits mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführten 13.000-Fachkraftstellen-Programm nach § 8 Abs. 6 SGB XI flexibilisiert. Nach dem 13.000-Fachkraftstellen-Programm kann jede vollstationäre Pflegeeinrichtung (einschließlich der Kurzzeitpflege) seit Januar 2019 auf Antrag für die Neueinstellung oder Stellenaufstockung mit zusätzlichen Pflegefachpersonen einen pauschalen Vergütungszuschlag, gestaffelt nach Einrichtungsgröße, von den Pflegekassen erhalten. Um angesichts der herausfordernden Arbeitsmarktsituation bei Pflegefachpersonen mehr Stellenbesetzungen zu ermöglichen, können die Pflegeeinrichtungen durch die Flexibilisierung im GPVG seit 1. Januar 2021 den Vergütungszuschlag unbürokratischer auch für Pflegehilfs- und – assistenzpersonen in Ausbildung zur Pflegefachperson oder auch die Einstellung weiterer Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beantragen.

Der GKV-SV berichtet folgende Daten zur Inanspruchnahme dieses Förderprogramms:

Es wurden seit Einführung der Finanzierungsmöglichkeit über 177 Mio. Euro zur Finanzierung zusätzlicher Pflegefachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI aufgewendet (PV 45, siehe Abbildung 5). Mit Stand 31. März 2021 wurden 2.987 zusätzliche Fachkraftstellen (Vollzeitäquivalente) bzw. 4.304 Pflegekräfte (Personen) finanziert.

Abbildung 7: Mittelabruf und zusätzliche Stellen gem. § 8 Abs. 6 SGB XI (PpSG, bis 31.03.2021)



Quelle: GKV-SV (PV 45)

Entwicklung neuer Modelle zur Entlastung von beruflich Pflegenden in der ambulanten Versorgung

Das Personalbemessungsverfahren wurde für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt. In der Personalbemessungsstudie wurde darüber hinaus festgestellt, dass eine Übertragung des in der Personalbemessungsstudie gewählten Ansatzes zur Ermittlung eines Personalbemessungsinstruments für den ambulanten Bereich nicht möglich ist, da die Personalausstattung sich vorrangig an der Nachfrage der Kunden orientiert. Gleichwohl wurde empfohlen, auch für den ambulanten Bereich weitergehende Untersuchungen durchzuführen, um die Aufgabenverteilung, den Personalmix und Prozesse sowie die vertraglichen Vereinbarungen zu optimieren und eine verbesserte Versorgung und zugleich Entlastung von beruflichen Pflegenden zu erreichen.

Die Umsetzung erfolgt ebenfalls im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI des GKV-Spitzenverbands. Um auch in der ambulanten Versorgung zügig zu Ergebnissen zu kommen, hat das BMG zur Vorbereitung der Umsetzung des Modellprogramms bereits im November 2020 die **Literaturstudie „Neuer Personalmix und neue Modelle der Arbeitsorganisation für eine wohnortnahe ambulante pflegerische Versorgung“** beauftragt. Die Ergebnisse wurden im April 2021 vorgelegt. Ziel der Literaturstudie war es, national und international innovative Versorgungsansätze für die Gestaltung einer quartiersbezogenen ambulanten pflegerischen Versorgung zu identifizieren, die:

- zur Verbesserung der Qualität der Versorgung führen (aus Sicht der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen),
- den Personaleinsatz beruflich Pflegenden unter Berücksichtigung eines bedarfsorientierten Personalmix optimieren,
- u. a. mittels Technikeinsatz die Arbeitsorganisation verbessern und damit zur Entlastung der professionell Pflegenden beitragen.

Untersucht wurden dabei auch weitere in der KAP enthaltene Ansätze:

- Verbesserung der Zusammenarbeit von beruflich und informell Pflegenden mit dem Ziel, die Fachlichkeit von beruflich Pflegenden dazu zu nutzen, pflegende Angehörige besser zu unterstützen (AG 3, Handlungsfeld 1.2, Nr. 9),
- ein verstärkter Einsatz von ambulant tätigen Pflegefachpersonen, insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, um die häusliche Versorgung – auch nach einem Krankenhausaufenthalt – von Anfang an nachhaltig zu stabilisieren und die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen länger zu erhalten (AG 3, Handlungsfeld 3, Nr. 1) sowie
- innovative Versorgungskonzepte, in denen Pflegefachpersonen in besonderem Maße ihre Kompetenzen einsetzen können, und die insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität, der Zufriedenheit der beruflich Pflegenden und der Effizienz vorteilhaft sind (AG 3, Handlungsfeld 4.1, Nr. 1).

Ausgewertet wurden nationale und internationale Studien aus OECD-Ländern aus den letzten fünf Jahren, die sich auf Versorgungskonzepte im ambulanten Kontext fokussieren und, z. B. durch eine innovative Arbeitsorganisation oder einen besonderen Personalmix, eine häusliche pflegerische Versorgung leisten, die sich im Vergleich zum Status-quo (in Deutschland) durch eine bessere Ressourcennutzung (Personaleinsatz, bessere Einbindung informell Pflegenden) und/oder ein verbessertes Ergebnis (Pflegequalität, Förderung der Selbständigkeit, Lebensqualität, Arbeitszufriedenheit) auszeichnen. Einbezogen in die Untersuchung wurden nur solche Studien, bei denen auch direkte Effekte und Wirkungen (teilweise einschließlich ökonomischer Effekte) im Sinne der Aufgabenstellung mit beschrieben wurden. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte anhand von Guter-Praxis-Kriterien für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei wurde auch die Übertragbarkeit auf Deutschland mit betrachtet.


Die identifizierten Studien lassen sich bezogen auf die innovativen Versorgungsansätze in vier Kategorien einordnen: Publikationen zu Case Management, zur frühzeitigen Erkennung eines Pflegebedarfs, zu Edukation und Anleitung mit Technikeinsatz sowie zu komplexen Versorgungsinterventionen mit mehreren Elementen. Als zusammenfassendes Ergebnis einer vergleichenden Analyse mehrerer internationaler Konzepte (Golden et al. 2019: 417)¹³ werden folgende, grundlegende Empfehlungen berichtet:

- Versorgungsmodelle für Ältere mit komplexen Versorgungsbedarfen, die zu Hause leben, erfordern ein integriertes Team mit unterschiedlichen Qualifikationen sowie einen gemeinsamen Versorgungsplan, der an den Zielvorstellungen der zu versorgenden Person und deren Familie ausgerichtet ist.

¹³ Golden RL, Emery-Tiburcio EE, Post S, Ewald B, Newman M. Connecting Social, Clinical, and Home Care Services for Persons with Serious Illness in the Community. *J Am Geriatr Soc.* 2019 May; 67(S2): S 412 - S 418. doi: 10.1111/jgs.15900. PMID: 31074858.

- Alle Teammitglieder müssen Weiterbildungen in den Bereichen Geriatrie und interprofessionelle Kooperation absolviert haben.
- Leistungen zur Förderung der psychischen Gesundheit stehen sowohl für die zu versorgende Person als auch für deren Familie im Vordergrund.
- Eine effektive Kommunikation des regionalen Teams erfordert eine professionell betriebene elektronische Kommunikationsplattform, die die Systeme der involvierten Leistungserbringer vernetzt.
- Vergütungsmodelle für integrierte Versorgung müssen Anreize für eine teambasierte Versorgung über den gesamten Versorgungsprozess hinweg bieten, einschließlich kommunaler Dienstleister, mit entsprechend attraktiver Bezahlung des hochqualifizierten Personals.

Vier innovative Versorgungsmodelle werden detailliert vorgestellt: Das Konzept **CAPABLE (Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders)** aus den USA, **Buurtzorg-Modell** (dt.: Nachbarschaftshilfe) aus den Niederlanden, das in Skandinavien, Großbritannien, USA und Kanada verbreitete **Community Health Nursing** und das **4M-Modell** aus den USA. Dabei wurden für die Erreichung zentraler Versorgungsziele u. a. ein umfassendes Case Management, eine person-zentrierte Versorgung von Menschen mit Langzeitpflegebedarf und die gute regionale und multi-professionelle Vernetzung von Leistungserbringern sowie mit pflegenden Angehörigen als wesentliche Erfolgsfaktoren identifiziert.



Weblink:
Weiterführende Informationen zu Buurtzorg z. B. verfügbar unter:
https://gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/buurtzorg.jsp

Nach § 8 Absatz 3b SGB XI stellt der GKV-SV auch die **wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung** sicher: Um die ambulanten Pflegeeinrichtungen im Sinne der Empfehlungen des Abschlussberichts der Personalbemessungsstudie zu unterstützen, sollen aus dem Modellprogramm auch Maßnahmen für ambulante Pflegeeinrichtungen finanziert werden. Dadurch sollen neue Modelle der Arbeitsorganisation für eine wohnortnahe ambulante pflegerische Versorgung mit einem veränderten, kompetenzorientierten Personalmix etabliert werden. Die Ergebnisse der Literaturstudie werden dabei berücksichtigt.

Bis spätestens Ende 2024 wird ein einheitliches Personalbemessungsverfahren für die Pflege im Krankenhaus entwickelt und erprobt

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V (DKG), der Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) und die **Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft** (ver.di) haben in einem Gespräch mit dem BMG im Dezember 2020 erklärt, gemeinsam mit dem GKV-SV Eckpunkte für ein wissenschaftlich fundiertes und langfristig umsetzbares Pflegepersonalbemessungsinstrument im Krankenhaus zu erarbeiten. In die Erarbeitung des Konzepts wurde zudem der PKV-Verband einbezogen. DKG, DPR, ver.di und GKV-SV haben dem BMG das Konzept am 30. März 2021 vorgestellt.

Das Thema wurde im Rahmen des GVWG aufgegriffen. In § 137k SGB V werden der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der PKV-Verband nun verpflichtet, im Einvernehmen mit dem BMG unter Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen spätestens bis Ende des Jahres 2024 ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in der Pflege im Krankenhaus zu entwickeln und zu erproben.

Einführung eines regionalisierten Fachkräftemonitorings zur Verbesserung der Steuerung und Planung

Die Ergebnisse einer vom BMG beauftragten Machbarkeitsstudie zu einem regionalen Fachkräftemonitoring für den ambulanten und (teil-)stationären Pflegebereich (Statistisches Bundesamt) wurden im Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (kurz: Gesundheitsstatistikgesetz) als Teil des GVWG umgesetzt. Ziel ist, das Pflegepersonalangebot perspektivisch regionalisiert und damit kleinräumiger als bisher auszuwerten. Mit dieser verbesserten Datengrundlage werden die Planung und Steuerung von Maßnahmen zur Fachkräftesicherung in der Pflege unterstützt.

2.2 Beruflich Pflegende (zurück-)gewinnen und halten

Die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass neue Menschen für den Pflegeberuf gewonnen und erfahrene beruflich Pflegende im Beruf gehalten bzw. zurückgewonnen werden können, gehört zu den zentralen Anliegen der KAP-Partner.

2.2.1. Nicht gewünschte Teilzeitbeschäftigung in der Pflege reduzieren

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 Langzeitpflege, die sich aus den verschiedensten Gründen ungewollt in einem Teilzeitarbeitsverhältnis befinden. Ziel der KAP-Partner ist es daher, regelhaft Vollzeitbeschäftigung ermöglichende Arbeitsplätze für beruflich Pflegende in dem erforderlichen Umfang anzubieten und den Anteil von nicht gewünschter beziehungsweise unfreiwilliger Teilzeit deutlich zu reduzieren.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Der einrichtungsübergreifende Personaleinsatz wird erleichtert

Um ungewollte Teilzeittätigkeit zu reduzieren, wurde in der KAP vereinbart, die Möglichkeiten eines einrichtungsübergreifenden Personaleinsatzes insbesondere in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI zu konkretisieren. Der Gesetzgeber hat der Pflegeselbstverwaltung mit dem PpSG die Möglichkeit eröffnet, dass in allen Ländern Pflege- und Betreuungspersonal, das in einer ambulanten oder in einer stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt ist, grundsätzlich auch flexibel bzw. einrichtungsübergreifend eingesetzt werden kann – auch unabhängig von sog. Gesamtversorgungsverträgen (§ 72 Abs. 2 S. 2 SGB XI). Letztere erlauben einen einrichtungsübergreifenden Personaleinsatz in den Versorgungsbereichen eines Trägers, in denen vor Ort mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Pflegeeinrichtungen organisatorisch miteinander verbunden sind. Voraussetzung ist immer eine klare Trennung und buchhalterisch sachgerechte Zuordnung der Stellenanteile zu den einzelnen Einrichtungen. Das Instrument der Gesamtversorgungsverträge wird bislang noch nicht flächendeckend genutzt. Es gibt aber positive Beispiele aus der Praxis, die den Nutzen und Mehrwert von Gesamtversorgungsverträgen belegen.

Praxisbeispiel

Das „Quartier am Stadtgarten in Erftstadt“ bietet im Rahmen des in NRW abgeschlossenen Gesamtversorgungsvertrags eine vollstationäre pflegerische Versorgung, eine Tagespflege, betreutes Wohnen und eine Wohngemeinschaft im Rhein-Erft-Kreis für nicht demenziell erkrankte Pflegebedürftige sowie ambulante Pflege. Somit werden alle Leistungen der Pflegeversicherung aus einer Hand ermöglicht.

Weitere Informationen unter: <https://www.quartier-stadtgarten.de/jobs/13-kontakt>.



2.2.2. 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. Eine Rückkehr hängt oft von bestimmten Voraussetzungen ab, wie dem Wunsch nach flexiblen Arbeitszeiten, weniger Schichtdiensten und verlässlicher Dienstplanung. Ziel der KAP-Partner ist es, Anreize und Unterstützungsangebote für die Planung des Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf bei geplanten Auszeiten, insbesondere nach einer Elternzeit, zu schaffen oder auszubauen und damit den Anteil der beruflich Pflegenden zu erhöhen, die wieder einsteigen.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Verbesserte Fördermöglichkeiten für Pflegeeinrichtungen zur Rückgewinnung von beruflich Pflegenden

Mit dem GVWG wurde das Förderprogramm nach § 8 Absatz 7 SGB XI weiter geöffnet. So können die Fördermittel für die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen zukünftig auch für die Entwicklung von **Konzepten zur Rückgewinnung** von Pflege- und Betreuungspersonal sowie für die Entwicklung von **Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle** und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung verwendet werden.

Mit der Plattform #pflegereserve und weiteren Kampagnen werden Pflegendе während der Corona-Pandemie (zurück-)gewonnen

Im Rahmen der Pandemiebekämpfung wurden zahlreiche verschiedene Initiativen gestartet mit dem Ziel, coronabedingte Personalengpässe im Gesundheitswesen, der Pflege und Betreuung abzumildern und die pflegerische Versorgung auch in einer Krisensituation sicherzustellen.

Pflegende, die in dieser Krisensituation bereit waren oder sind, zeitlich begrenzt Einrichtungen zu unterstützen, erhalten dadurch einen aktuellen Einblick in den von ihnen ursprünglich erlernten Beruf. Auf diesem Wege ergeben sich möglicherweise Anknüpfungspunkte, die zu einer Berufsrückkehr motivieren.

Die Plattform #pflegereserve, die seit dem 1. Januar 2021 von der Bundespflegekammer im Auftrag des BMG weiter betrieben wird, ist eine internetbasierte-Vermittlungsplattform, auf der sich Pflegefachpersonen, Pflege- und Betreuungspersonen wie auch medizinisches Fachpersonal als Pflege-Reservistinnen und Pflege-Reservisten registrieren lassen können, um lokal Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen (Einrichtungen der Langzeitpflege, der Eingliederungshilfe und Kliniken) gezielt vor Ort unbürokratisch zu unterstützen. Pflege-Reservistinnen und Pflege-Reservisten können auf der Plattform Angaben zur Person, zur Qualifikation, zu der Art der Unterstützung und zu Einsatzmöglichkeiten (örtlich und zeitlich) machen. Versorgungseinrichtungen aus dem Gesundheitswesen geben ihren Bedarf an. Die Vernetzung der Pflege-Reservistinnen und Pflege-Reservisten mit den Versorgungseinrichtungen geschieht über die Plattform #pflegereserve; Vereinbarungen zwischen beiden finden außerhalb der Plattform #pflege-

reserve statt. Die Plattform #pflegereserve wird fortlaufend an die aktuellen pandemischen Anforderungen, insbesondere die nationale Teststrategie, sowie die Beschlüsse der Ministerpräsidentenkonferenz im laufenden Betrieb angepasst und erweitert.

Die Kernaufgabe der Plattform #pflegereserve ist die Information, Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Unterstützern aus der Zivilgesellschaft, den Landespflegekammern und Länder-Partnern. Aktive Länder-Partner sind die Bundesländer, die zur Nutzung aktiv aufrufen.

Aktive Länder-Partner

- Baden-Württemberg
- Brandenburg
- Hamburg
- Bremen
- Hessen
- Thüringen

Aktive Länder-Partner über die Länderpflegekammern

- Niedersachsen (bis Mai 2021)
- Schleswig-Holstein (bis Mai 2021)
- Rheinland-Pfalz

Seit Februar 2021 wurden schrittweise die nicht-aktiven Länder-Partner in den wöchentlichen Informationsverteiler der Initiative #pflegereserve aufgenommen und in die Plattform #pflegereserve integriert.

Tabelle 2: Zahlen zur Inanspruchnahme der Plattform #pflegereserve (Stand 30. April 2021)

Einrichtungen	Arten der Einrichtungen	Pflege-Reservistinnen und -Reservisten	Vermittlungen
1.076 Registrierte Versorgungseinrichtungen bzw. Träger*	1.205 Stationäre Langzeitpflege Einrichtungen	2.941 Registrierte Pflege-Reservisten	892 Vermittlungsanfragen
1.022 Aktive Versorgungseinrichtungen	222 Ambulante Langzeitpflege Einrichtungen	1.892 Pflege-Reservisten die aktuell zur Verfügung stehen	551 erfolgreiche Vermittlungen
1.743 Standorte der Versorgungseinrichtungen	115 Krankenhäuser	12 Pflege-Reservisten pausieren	137 aktuelle Vermittlungsanfragen
	36 Ambulante Krankenversorgung		
	28 Rehabilitations-einrichtungen		
	1 Eingliederungs-einrichtung		
	136 Sonstige Einrichtungen		

Anmerkung: * Träger mit mehreren Einrichtungen werden hier mit dem Faktor 1 gerechnet

Neben der Initiative #pflegereserve haben auch die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und der Bundesverband Pflegemanagement Vermittlungsplattformen mit Freiwilligenpools für ehemalige Pflegenden zur Pandemiebekämpfung aufgebaut.

Weblink:
<https://corona.pflegekammer-rlp.de/zentrale-meldestelle-freiwilligen-pool.html>

Die Agenturen für Arbeit und Jobcenter und andere KAP-Partner unterstützen beim Wiedereinstieg in den Pflegeberuf

Um Berufsrückkehrende aus dem Pflegebereich in der Branche halten zu können, bieten die Agenturen für Arbeit und Jobcenter Beratungs- und Integrationsunterstützung an. Neben geeigneten Vermittlungsangeboten werden bedarfsorientierte, auf die Arbeitsmarktintegration gerichtete Unterstützungen angeboten (z. B. Beratung zu Bewerbungsstrategie, Unterstützung bei Weiterbildung, Mobilität). Darüber hinaus werden sowohl stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste als auch arbeitssuchende, arbeitslose oder beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu Qualifizierungsmöglichkeiten in der Pflege beraten. Hierbei werden bestehende und neue lokale Netzwerke genutzt. Die Aktivierung und Beratung der sog. „Stillen Reserve“ erfolgte durch die Beauftragten für Chancengleichheit am Arbeitsmarkt (BCA) und die weiteren Beratungsangebote der BA. In den Gesprächen werden Informationen über den Pflegeberuf, insbesondere auch zum Einstieg über die Helferqualifizierung, thematisiert.

- Für Berufsrückkehrerinnen und -rückkehrer wurden regelmäßige Veranstaltungsreihen durchgeführt. Ein Beispiel ist die Veranstaltungsreihe BiZ & Donna, in der Agenturen für Arbeit ortsnahe Informationsveranstaltungen anbieten, um vor allem Frauen Orientierungshilfe und Rat, unter anderem zu Themen wie beruflicher Wiedereinstieg, zu geben.
- In Rheinland-Pfalz wurden konkrete Fortbildungsangebote (z. B. Deutsch für den Pflegeberuf, Assistenz in der Pflege, auch umschulungsvorbereitende Maßnahmen) zum Einstieg in das Berufsfeld Pflege geschaffen und beworben.
- In Sachsen sprechen die Agenturen für Arbeit gezielt Kunden mit Erfahrung in der Pflege an (z. B. pflegende Angehörige, aber auch Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer), um sie für eine Tätigkeit oder Rückkehr in die Pflege zu motivieren.
- In Sachsen-Anhalt und Thüringen erfolgte der kurzfristige Aufbau einer Pflegehotline zusammen mit dem Landesministerium, um interessierte Bewerber für eine Tätigkeit im Pflegebereich (auch Wiedereinsteigende) zu gewinnen. Start war in Sachsen-Anhalt am 21. Dezember 2020, in Thüringen am 18. Januar 2021.

Praxisbeispiel

Im Rahmen der „Perspektive Wiedereinstieg“ (PWE) können Wiedereinsteigende im Bereich der Altenpflege ein spezielles E-Learning-Angebot der BA nutzen. Es stehen 17 Lernmodule zur Verfügung, z. B. „Dokumentation in der Pflege“, „Mangelernährung“ oder „Sturzprophylaxe“. Voraussetzung ist ein Zugang zur „LERNBÖRSE exklusiv“, den ausschließlich registrierte Kundinnen und Kunden der Agenturen für Arbeit und Jobcenter haben. Die Inhalte sind für Personen, die ihren Beruf in der Pflege aufgrund Erziehungs- oder Pflegezeit unterbrochen haben, und nun wieder inhaltlich an den Beruf herangeführt werden sollen. Die Teilnehmenden schließen mit einem Zertifikat über ihre Teilnahme ab.

Darüber hinaus hat die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) ein Wiedereinsteigerkonzept für beruflich Pflegenden entwickelt: Die VdPB arbeitet derzeit an der Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes, welches es Pflegefachpersonen erleichtert, nach langer beruflicher Abwesenheit in die Pflege zurückzukehren. Eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern von Verbänden der Pflegeeinrichtungen, Pflegeberufsverbänden, der VdPB und des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege erarbeitet derzeit Module, um den Einstieg theoretisch, praktisch und psychisch zu begleiten.

2.2.3. Die Fort- und Weiterbildung stärken

Lebenslanges Lernen und berufliche Weiterbildung stärken die Fähigkeit von beruflich Pflegenden zum professionellen Handeln und setzen damit den Anspruch an die eigene berufliche Kompetenz um. Dies trägt zu einer größeren Berufszufriedenheit bei. Deshalb haben die Mitglieder der AG 2 ergänzend zu den Vereinbarungen in der Ausbildungsoffensive Pflege der AG 1 Maßnahmen beschlossen, mit denen auch die Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung gestärkt werden.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Bildungsausschüsse der Bundespflegekammer fördern künftig eine strukturierte Fort- und Weiterbildung

Die Bundespflegekammer hat im Januar 2021 einen Bildungsausschuss eingerichtet. Dieser hat folgende Aufgaben:

- Kontinuierliches Monitoring zur Identifizierung von Entwicklungsbedarfen beruflicher Bildung in der Pflege,
- Entwicklung von Empfehlungen für eine Bundesrahmenordnung; Weiterbildung mit Grundstrukturen für die Weiterbildungs-Ordnungen der Länderkammern (Lernumfang – ECTS/Stunden, Modularisierung, etc.) und Prinzipien und Leitideen des inhaltlichen Zuschnitts (z. B. Kompetenzorientierung),
- Bestimmung von Eckpunkten für die bundeseinheitliche Regelung von beruflichen Fortbildungsmaßnahmen (Anpassungsweiterbildung) in der Pflege.

Da in den Pflegekammern Niedersachsen und Schleswig-Holstein die Erarbeitung von Weiterbildungsordnungen kurz vor dem Abschluss steht, ist der Bildungsausschuss übereingekommen, dies abzuwarten und mit der Erarbeitung von Eckpunkten für eine Fortbildungsordnung zu beginnen. Die erarbeiteten Ergebnisse werden von der Bundespflegekammer weiter begleitet. Folgende Themen werden derzeit arbeitsteilig bearbeitet:

1. Definition von Fortbildung und Bildungsbegriff
2. Vorhandene Fortbildungsregelungen sammeln und strukturieren
3. Systematische Erfassung von Fortbildungen
4. Verbindlichkeit (auch im internationalen Vergleich)
5. Abgrenzung von Fort- und Weiterbildung
6. Anerkennung von Bildungsanbietern

Zu den genannten Themen wurde eine erste Bestandsaufnahme erstellt und diskutiert. Abgestimmte Eckpunkte für eine Fortbildungsordnung sollen 2021 vorliegen. Zum Thema Weiterbildung liegt darüber hinaus eine Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz vor. In der Pflegekammer Niedersachsen und der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein stehen die Arbeiten kurz vor dem Abschluss. Die erarbeiteten Ergebnisse werden von der Bundespflegekammer weiter begleitet. Auf dieser Grundlage wird im Anschluss von der Bundespflegekammer eine Rahmenweiterbildungsordnung erarbeitet.

2.3 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 (BMG, KAP-Vereinbarungen 2019: 61).

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Arbeitgeber werden dabei unterstützt, Maßnahmen zum Arbeitsschutz, zur Gefährdungsbeurteilung, Prävention (insbesondere auch von Gewalt und Aggression in der Pflege) und betrieblichen Gesundheitsförderung umzusetzen

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die Unfallkassen und die Krankenkassenverbände auf Bundesebene unterstützen im Rahmen der KAP die Informationsoffensive Pflege zu den Themen Arbeitsschutz, Gefährdungsbeurteilung, Prävention (insbesondere auch von Gewalt und Aggression in der Pflege) und betriebliche Gesundheitsförderung. Ziel ist es, den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern komprimierte Informationen zu den Leistungsangeboten der Sozialversicherungsträger zur Gesundheitsförderung und dem Arbeitsschutz zur Verfügung zu stellen.



Weblink:

<https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitschutz/Aktionen-Kampagnen/Konzertierte-Aktion-Pflege/Informationsoffensive-Pflege/Informationsoffensive-Pflege.html>


Das modulare Serviceangebot bietet den Einrichtungen eine **Übersicht über die wichtigsten Informations- und Beratungsangebote der Sozialversicherungsträger** mit direkter Verlinkung zur Vertiefung und direkten Nutzung der Angebote. Dabei werden besonders der Nutzen für die Unternehmen hervorgehoben und Angebote der Organisations- und Prozessberatung, Führungskräftebildung sowie Implementierung der Themen in die Organisationskultur vorgestellt.

Seit Ende Oktober 2020 wurden die Artikel rund 9.000-mal angeklickt und 1.200-mal heruntergeladen. Im Dezember 2020 wurde von der Arbeitsgruppe der Sozialversicherungsträger ein Rückmeldebogen zur Verfügung gestellt, mit dem die Interessenverbände der Pflege und Krankenhäuser die durchgeführten Kommunikationsmaßnahmen erfassen können.

Seit Herbst 2020 steht darüber hinaus eine spezielle **AOK-Pflegemediathek**, eine digitale Lernplattform für Pflegebetriebe und Krankenhäuser zu spezifischen – auch pandemiebezogenen – Pflegeethemen, wie Expertenstandards und Prävention für Bewohner gem. SGB XI zur Verfügung, die um Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung erweitert wurde. Diese wurde mit Stand Februar 2021 von 2.264 Einrichtungen (in erster Linie stationäre Pflegeeinrichtungen) genutzt. Im Präsenz- wie auch inzwischen im Digitalformat liegen seit Januar 2021 die **Schulungstools „Haus der wertschätzenden Pflege“** und **„Fit für die Pflegegeschichte“** vor. Seit Mai 2021 stehen folgende Schulungen im Digitalformat zur Verfügung:

- **Multiplikatorentraining** für beruflich Pflegenden in Pflegeeinrichtungen,
- **Train-the-Trainer** für Beraterinnen und Berater der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Pflegeeinrichtungen fortbilden,
- **Changemanagement** in Pflegeeinrichtungen.


Zur Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung hat die BAGFW im April 2021 eine **Arbeitshilfe mit dem Titel „Betriebliche Prävention für beruflich Pflegende – ein Anliegen der Wohlfahrtspflege“** veröffentlicht. Darin wird über den Begriff der „betrieblichen Prävention“ aufgeklärt. Zudem werden Strategien und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements erklärt und auf konkrete Ansatzpunkte eingegangen, wie die Gefährdungsbeurteilung und das betriebliche Eingliederungsmanagement. Die Arbeitshilfe bietet einen praxisnahen Einstieg in das Thema und erläutert die Vorteile betrieblicher Prävention, die sich für die Einrichtungen und Mitarbeitenden hieraus ergeben. Auch die anderen Verbände der Trägereinrichtungen setzen sich für eine betriebliche Gesundheitsförderung ein und beraten ihre Mitglieder.



Weblink:
<https://www.bagfw.de/themen/gesundheitswesen/detail/betriebliche-praevention-fuer-beruflich-pflegende-ein-anliegen-der-wohlfahrtspflege>

https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/2021/2021-04-30_Betriebliche_Praevention_in_der_Pflege.pdf

Die BGW führt eine **systematische Erhebung von Unfalldaten zu Gewalt und Aggression in der Pflegebranche** durch. Dadurch können Rückschlüsse zur Rolle des Themas im Arbeitsalltag getroffen werden. Der erste Bericht ist im Jahr 2020 erschienen. Die vergleichende Betrachtung zwischen den Branchen wird ergänzt durch eine Querschnittsstudie zur Gewalt- und Aggressionserfahrungen in der Pflege, die bereits 2017 durchgeführt wurde. Die Ergebnisse belegen, dass Beschäftigte weiterhin körperlicher und verbaler Gewalt ausgesetzt sind, diese in einzelnen Branchen zugenommen hat und für viele Beschäftigte zum Berufsalltag gehört. Ein Drittel der Befragten fühlt sich dadurch stark belastet. Allerdings wird auch deutlich, dass sich der Umgang mit dem Thema in den Einrichtungen verändert hat. Wurde das Thema früher häufig tabuisiert, ist es nunmehr präsent. Präventionsangebote wie zum Beispiel Deeskalationstrainings werden genutzt. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass die Vorfälle nun systematisch dokumentiert würden. Der Bericht steht im Internet zum Download zur Verfügung.



Weblink:
<https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW-55-83-006-Gewalt-Aggression-in-BGW-Branchen.html>

Neue Instrumente in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden für beruflich Pflegende und ihre Arbeitgeber entwickelt

Das BMG fördert **das Projekt „BAGGer – Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention im betrieblichen Gesundheitsmanagement: wirkungsmodellbasierte Konzeption und Evaluation eines Betrieblichen Gesundheitsförderungs-Programms“** der Sporthochschule Köln unter der Leitung von Prof. Dr. Andrea Schaller. Ziel des Projektes ist die nachhaltige Gesundheitsförderung und Verbesserung der Arbeitssituation pflegender Beschäftigter.

Im Rahmen des Projekts wird ein zielgruppenspezifisches Programm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) für die ambulante und stationäre Pflege bzw. das Krankenhaus entwickelt, umgesetzt und auf seine Wirkungen im Rahmen eines ganzheitlichen BGM hin untersucht. In das Projekt sind aktuell sechs ambulante Pflegedienste, acht stationäre Pflegeeinrichtungen sowie sechs Krankenhäuser einbezogen. Die Projektfragestellungen lauten:

1. Was sind relevante Gesundheitsprobleme und Folgen für die Berufsausübung aus Sicht beruflich Pflegender?
2. Was sind vielversprechende Interventionen zur Adressierung der relevanten Gesundheitsprobleme und welche Wirkmechanismen sind anzunehmen?
3. Wie ist die Übertragbarkeit in die Praxis der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser?

4. Wie sind die erreichten Veränderungen zu beurteilen?

5. Was sind Förderfaktoren und Barrieren für die nachhaltige Umsetzung in die Praxis im Alltag?

Der erste Zwischenbericht zum Fortschritt des Projektes liegt vor. Bis März 2021 wurden unter Einbeziehung von beruflich Pflegenden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um die geplanten Maßnahmen auf die Bedürfnisse der beruflich Pflegenden auszurichten. Bei der Programmentwicklung wurde die Maßnahme „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ durch Angebote der Unfallkasse zum Umgang mit und der Prävention von Gewaltereignissen ergänzt. Auch Themen des Arbeitsschutzes sollen in den BGM-Prozess integriert werden.

Darüber hinaus wurde jeweils für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser ein begleitendes Evaluationskonzept entwickelt. Zudem wurde damit begonnen, eine professionelle Kommunikationsstrategie zur Information der Beschäftigten, zur Rekrutierung von Teilnehmenden für die Interventionen sowie zur Sicherung der Nachhaltigkeit und der Übertragbarkeit der Ergebnisse des Projekts zu erarbeiten. Im nächsten Schritt ist die systematische Umsetzung der geplanten Interventionen als BGF-Programm im Rahmen eines ganzheitlichen BGM in den beteiligten Einrichtungen geplant. Das Projekt wird voraussichtlich 2022 abgeschlossen.

Im Januar 2021 startete das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ein Projekt zur Prävention von Beanspruchungsfolgen aufgrund psychischer Belastung in Gesundheit und Pflege während einer Pandemie (Projektname „PeliCan“). Das Projekt wird im Rahmen der Initiative Gesund.



Weblink:

<https://www.zpg-bayern.de/pelican-studie.html>

Leben.Bayern. des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege gefördert. Ziel des Projekts ist es, beruflich Pflegende im Umgang mit Beanspruchungsfolgen aufgrund psychischer Belastungen in Zeiten der Corona-Pandemie zu unterstützen sowie Auszubildende an den staatlichen Berufsfachschulen für Krankenpflege auf den Berufseinstieg vorzubereiten.

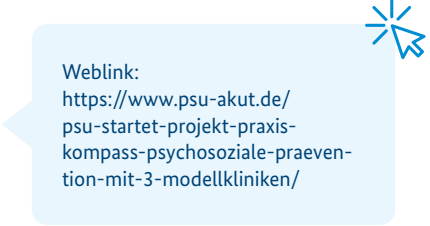
Im Rahmen des Projekts soll ein Leitfaden zur Prävention dieser Beanspruchungsfolgen entwickelt werden, der bayernweit an Pflegeeinrichtungen sowie staatliche Berufsfachschulen für Krankenpflege verteilt werden soll. Das Projekt wird voraussichtlich zum 31. Dezember 2022 abgeschlossen werden.

Um die betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege zu stärken, wurde zudem im April 2020 auf Bundesebene das **Forschungsprojekt „Care4Care“** initiiert. Care4Care ist ein von der AOK gefördertes Forschungsprojekt der Beuth Hochschule Berlin, der Leuphana Universität Lüneburg, der Technischen Hochschule Lübeck und der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg. Care4Care unterteilt sich in zwei Module, die eng aufeinander abgestimmt sind: „care4care Digital“ und „care4care Vor Ort“. Ziel ist die Entwicklung eines umfassenden Angebotes zur BGF, das Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser (beruflich Pflegende wie auch deren Führungskräfte als wichtige Multiplikatorengruppe) dabei unterstützt, Arbeit in der Pflege gesundheitsförderlich zu gestalten und die individuellen gesundheitlichen Ressourcen zu stärken. Da der Einsatz der entwickelten Instrumente vor Ort coronabedingt verschoben werden musste, wurden stattdessen digital-telefonische Instrumente, wie „Resist“ – ein digitales evidenzbasiertes Lernprogramm zur Resilienzstärkung kombiniert mit digital-telefonischem Coaching, in der Testung vorgezogen. Der Abschluss des Gesamtprojekts ist im Jahr 2023 vorgesehen.

Am 1. Dezember 2020 startete das Projekt „Praxis-Kompass Psychosoziale Prävention“. In einer Projektpartnerschaft der Initiative Gesund.Leben.Bayern. unterstützt das Bayerische Gesundheitsministerium den gemeinnützigen Verein „PSU-Akut e. V. – Vorsorge, Schulung, Krisenintervention und Forschung im Bereich Psychosozialer Unterstützung (PSU) im Gesundheitswesen“ darin:

- Fortbildungsformate für Mitarbeitende im Gesundheitswesen zum Umgang mit schwerwiegenden Ereignissen zu entwickeln und
- ein Implementierungskonzept für Psychosoziale Prävention in Kliniken zu etablieren.

Über eine Laufzeit von zwei Jahren können drei Modellkliniken darin unterstützt werden, das Angebot von PSU-Akut in ihren Kliniken umzusetzen. Neben Ärztinnen und Ärzten, Verwaltungspersonal und Führungskräften werden ausdrücklich beruflich Pflegende in dem Projekt adressiert. Das Projekt soll zum 30. November 2022 abgeschlossen werden.



Weblink:
<https://www.psu-akut.de/psu-startet-projekt-praxis-kompass-psycho-soziale-praevention-mit-3-modellkliniken/>

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

Gute Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende sind ein zentrales Anliegen und eine Aufgabe der Arbeitgeber in der Pflege. Damit Pflegearbeitsplätze als attraktiv wahrgenommen werden können, ist es wichtig, dass gute Arbeitgeber dies auch zeigen können. Attraktive Arbeitsbedingungen sind wichtig, damit das Stammpersonal in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern im Betrieb verbleibt und der Einsatz von Arbeitnehmerüberlassung reduziert werden kann.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege wurden entwickelt und werden jetzt erprobt

Die Verbesserung der Transparenz der Arbeitsbedingungen ist Ziel eines im Jahr 2020 vom BMG beauftragten **Modellvorhabens zur Ermittlung und modellhaften Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege**, das auf der vom BMG ebenfalls beauftragten Arbeitsplatzstudie (siehe oben Abschnitt 2, S. 44 ff.) aufbaut. Im Rahmen des Modellvorhabens wurden auf Grundlage einer Literaturrecherche der Zwischenergebnisse aus der Arbeitsplatzstudie zu guten Arbeitsbedingungen sowie einer Online-Befragung von 18 Pflegeexperten **18 Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege** identifiziert. Bei der Expertenbefragung wurden diese anhand von vier Aspekten bewertet:

- Relevanz: Wie bedeutsam ist der Indikator für die Beurteilung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege?
- Beeinflussbarkeit: Inwieweit ist der Indikator unter den Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege durch den Arbeitgeber veränderbar?
- Anwendbarkeit im Alltag: Inwieweit ist der Indikator in der Praxis ohne großen Aufwand eindeutig erfassbar bzw. messbar oder qualitativ einschätzbar?

- Verständlichkeit:
 - Inwieweit ist der Indikator für das Pflegepersonal nachvollziehbar?
 - Inwieweit ist der Indikator für potentielle Bewerber sichtbar, d. h. in der allgemeinen Außenwahrnehmung eines Unternehmens erkennbar?

Die Experten bestätigten die Relevanz aller **18** Indikatoren für gute Arbeitsplätze in der Pflege. Folgende Indikatoren wurden bisher ausgewählt:

Abbildung 8: Indikatoren für gute Arbeitsplätze in der Pflege



Quelle: IGES 2021

Die bisher ermittelten Indikatoren sollen auf der Grundlage bereits erfolgter Schulungen in 16 Pflegeeinrichtungen modellhaft umgesetzt und anschließend evaluiert werden. Der Abschluss des Modellvorhabens ist für das Frühjahr 2022 geplant.

Leistungserbringer und Kostenträger bringen Vereinbarungen zur Leiharbeit auf den Weg

In den Vereinbarungen aus 2019 haben die Akteure der KAP festgestellt, dass Leiharbeit nur ein zusätzliches Instrument sein soll, um bei kurzfristigen Personalausfällen und nicht besetzbaren Stellen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung vorübergehend sicherzustellen. Vorrangig soll jedoch die Schaffung so guter Arbeitsbedingungen sein, dass das Stammpersonal gebunden werden kann. Flankierend haben sich die Verbände der Leistungserbringer und die Verbände der Kostenträger dazu verpflichtet, in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI Regelungen zum Einsatz von Leiharbeitskräften zu vereinbaren. Die bislang in den Rahmenverträgen getroffenen Vereinbarungen regeln, dass Leiharbeitskräfte nur in geringem Umfang und nur zur kurzfristig notwendigen Aufrechterhaltung der Versorgung beschäftigt werden dürfen.

Regelhafte Finanzierung von Springerpools und Ausfallkonzepten wird geprüft

Darüber hinaus wird derzeit teilweise auch geprüft, inwieweit Maßnahmen, die dazu dienen können, den Einsatz von Leiharbeiterinnen und -nehmern zu reduzieren, verstärkt umgesetzt werden können. So wird z. B. in Nordrhein-Westfalen geprüft, inwieweit sogenannte „Springerpools“ für stationäre Pflegeeinrichtungen künftig regelhaft finanziert werden können. Auch Bayern prüft, ob und wie Springerprojekte in stationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll und wirtschaftlich aufgebaut werden können. Auf diese Weise könnten größere Träger mit mehreren Pflegeeinrichtungen zukünftig einen gemeinsamen Personalpool zur Sicherstellung der Versorgung, z. B. bei krankheitsbedingtem Ausfall, einrichten.

Praxisbeispiele

Dass es bereits zahlreiche Pflegeeinrichtungen gibt, die es schaffen, durch attraktive Arbeitsbedingungen beruflich Pflegende zu binden, zeigen die Praxisbeispiele aus der Broschüre **„Leuchtturm-Einrichtungen der stationären Altenpflege“**, herausgegeben von der NELA.Next Economy Lab e. V. in Kooperation mit dem Institut für zukunftsfähige Ökonomien e.V. (ZEO), 2020. Beleuchtet werden darin insbesondere Maßnahmen zur Führungskultur, Dienstplangestaltung, Familienfreundlichkeit, Gesundheit, Förderung von Diversität, Personalgewinnung sowie zur Digitalisierung und Technologisierung.

Abrufbar unter: https://nexteconomylab.de/downloads/NELA_Broschuere_Zukunftsfähige_Altenpflege.pdf



Auch das Diakonische Werk Bayern führt ein Projekt im Bereich „Personalgewinnung und -bindung“ in der Altenhilfe durch. Das Projekt ist bayernweit aktiv und unterstützt gezielt kleine Träger/Einrichtungen bei den individuellen Herausforderungen bei der Gewinnung und Bindung von Personal in der Pflege. Start des Projektes war der 1. Januar 2021, es hat eine Laufzeit von drei Jahren. Derzeit befindet sich das Projekt in der Planungsphase. Mit ersten Erkenntnissen zu Good-Practice-Erfahrungen ist ab Herbst 2021 zu rechnen.

2.5 Kompetente Führung

Ziel der KAP-Vereinbarungen im Handlungsfeld V ist es, die Kompetenzen der Führungskräfte in der Pflege zu stärken und deren zeitliche Ressourcen für Führungsaufgaben zu erhöhen. Welche zentrale Bedeutung das Thema „Führung“ für die Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen hat, wurde bereits aus den ersten Ergebnissen der Arbeitsplatzstudie (siehe oben Abschnitt 2, S. 44 ff.) deutlich.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Weiterbildungsmaßnahmen für Führungskräfte in den einzelnen Bundesländern werden systematisch untersucht

Bereits jetzt ist in § 71 Absatz 3 SGB XI geregelt, dass eine verantwortliche Pflegefachperson neben einer bestimmten Ausbildung und Berufserfahrung auch eine Weiterbildungsmaßnahme für eine leitende Funktion durchlaufen haben soll. Bisher gibt es jedoch keine systematische Übersicht, wie die Länder die entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen regeln, welche Kompetenzen von den verantwortlichen Pflegefachpersonen erwartet werden und ob es darüber hinaus auch andere Weiterbildungsmaßnahmen für Führungskräfte gibt. Dem wird in einer Studie nachgegangen werden, die auf Grundlage der KAP-Vereinbarungen vom BIBB als Teil seines Forschungsprogramms ausgeschrieben und vergeben wurde. Das **Projekt „Weiterbildung von Pflegefachpersonen zur Führungskraft“** soll dabei folgende Fragen beantworten:

- Welche gesetzlichen, untergesetzlichen und fachlichen Qualifikationsanforderungen bestehen gegenwärtig für Leitungs- und Führungsfunktionen in der Pflege (Krankenhaus- und Langzeitpflege bzw. übergreifend für verschiedene Einsatzbereiche der Pflege) auf Länderebene? Welche Kompetenzen werden erwartet bzw. vermittelt?
- Welche Anforderungen für Leitungs- und Führungskräfte stellen sich an die Arbeitsorganisation und die Personalführung durch einen neuen Mix an Qualifikationen und Kompetenzen in der Pflege?
- Welche Anforderungen müssen Leitungs- und Führungskräfte bezüglich ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten zur Arbeitsorganisation erfüllen?
- Gibt es Erkenntnisse dazu, dass bestimmte Kompetenzen von Leitungs- und Führungskräften zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen, wie z. B. Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit, Verringerung der Fluktuation, größere Effizienz der Pflegedokumentation, verbesserte Ergebnisse bei Audits, oder zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität in der Pflege führen, und welche betrieblichen, organisatorischen und führungsbezogenen Voraussetzungen müssen vorliegen, damit diese Kompetenzen in der Praxis Wirkung entfalten können?
- Wie kann exemplarisch ein Rahmenkonzept für Führungskräfte in der Pflege beschrieben werden, das die o. g. Anforderungen und Themen abbildet?

Die Studie wird vom März 2021 bis März 2022 vom Institut Arbeit und Technik (IAT) der westfälischen Hochschule Gelsenkirchen durchgeführt. Im Anschluss werden das BMG, das BMFSFJ und die Länder prüfen, ob gesetzliche Qualifikationsanforderungen ggf. angepasst werden müssen, damit Führungskräfte den gestiegenen Anforderungen auch künftig gerecht werden können. Einige Länder, wie z. B. Hamburg und Bayern, haben aber bereits jetzt ihre Weiterbildungen für Führungskräfte im Hinblick auf die gestiegenen Anforderungen an Führungskräfte angepasst.¹⁴

2.6 Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, flexible und verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung und lebensphasengerechte Aufgabenverteilung im Betrieb

Professionelle Pflege 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 Pflege und Beruf. Die Zwischenergebnisse der Arbeitsplatzstudie (siehe oben Abschnitt 2, S. 44 ff.) zeigen: Unterstützung bei der Vereinbarkeit, auch durch flexible und zugleich verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplanung, kann die Attraktivität des Pflegeberufs stärken. Um trotz hoher körperlicher und seelischer Belastungen erfahrene Pflegenden im Beruf halten zu können, setzen die KAP-Partner sich darüber hinaus für eine lebensphasengerechte Aufgabenverteilung in der Pflege ein.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

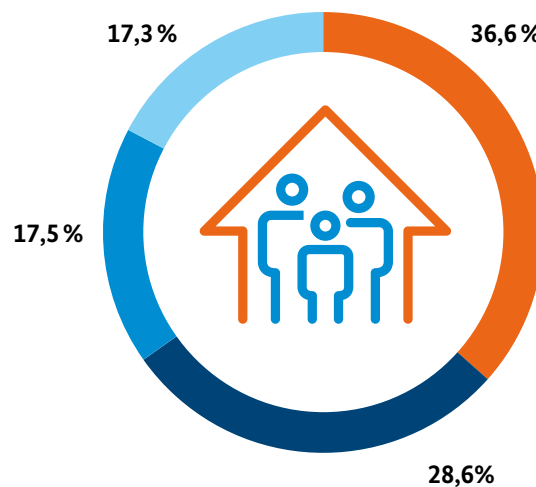
Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser werden dabei unterstützt, Angebote für die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ihrer Mitarbeiter zu etablieren

Das BMG hat bereits mit dem PpSG im Jahr 2019 gesetzliche Regelungen geschaffen, um Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser finanziell zu unterstützen, wenn sie die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ihrer Mitarbeiter durch entsprechende Maßnahmen unterstützen. Insbesondere werden Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt, die „besondere Betreuungsbedarfe“ jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas abdecken oder die auf andere Weise die Familienfreundlichkeit fördern.

Zur **Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in Pflegeeinrichtungen** ist eine hälftige Ko-Finanzierung von bis zu 7.500 Euro/Jahr vorgesehen. Damit bleibt die finanzielle Eigenbeteiligung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen überschaubar. Die Kassen haben im Jahr 2020 408 Anträge positiv beschieden, 504 Maßnahmen (auch aus dem Jahr 2019) wurden insgesamt gefördert. Am häufigsten beantragten stationäre Einrichtungen mit einem Anteil von ca. 69,4% die Förderung. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick zur Art der geförderten Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (Stand: 31. Dezember 2020).

¹⁴ Vgl. „Besondere Rechtsvorschriften für die Durchführung der Fortbildung und Prüfung zur Leitung von Einrichtungen und Diensten im Geltungsbereich des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) sowie zur Stationsleitung in Krankenhäusern“ vom 1. Januar 2020. Die Umsetzung erfolgte für Bayern mit Änderung vom 22. Dezember 2020 im Rahmen der AVPfleWoqG (Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz).

Abbildung 9: Einsatz der Mittel zur Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gem. § 8 Abs. 7 SGB XI (n = 504 Maßnahmen in 2020)



■ Beratung, Coaching, Weiterbildung
 ■ Einführung neuer familien-orientierter Personalmanagementmodelle
■ Beratungsleistungen zur Optimierung der Dienstgestaltung
 ■ Konkrete Betreuungsangebote

Quelle: Darstellung IGES, Daten GKV-SV

Allerdings wurde von den 100 Mio. Euro, die nach § 8 Absatz 7 SGB XI insgesamt zur Verfügung stehen, bisher nur ein sehr kleiner Teil von den Pflegeeinrichtungen abgerufen. Deshalb wurden die Möglichkeiten, diese Mittel abzurufen, mit dem GVWG deutlich ausgeweitet und können nun auch für die Entwicklung

von **Konzepten zur Rückgewinnung** von Pflege- und Betreuungspersonal sowie für die Entwicklung von **Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle** und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung verwendet werden (siehe auch oben Abschnitt 2.2.2). Um eine einfache, praxisnahe Umsetzung zu ermöglichen, wurde hierfür eine vom BMG initiierte und zusammen mit den relevanten Verbänden gemeinsam erarbeitete Orientierungshilfe veröffentlicht. Sie enthält u. a. einen Katalog häufig gestellter Fragen sowie Hinweise zur praktischen Umsetzung, um das Bewilligungsverfahren zu vereinfachen und zu

beschleunigen. Damit sollen die Pflegeeinrichtungen dabei unterstützt werden, die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken. Aufgrund der Erweiterungen der Fördertatbestände durch das GVWG hält das BMG eine Anpassung bzw. Weiterentwicklung der Orientierungshilfe für sinnvoll. Dabei sollte auch überlegt werden, wie für bewährte Projekte und Konzeptentwürfe vereinfachte Antrags- und Genehmigungsverfahren verwendet werden können.

Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege unterstützt insbesondere kleine und mittelständische Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung guter Arbeitsbedingungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Bereits mit dem Pilotprojekt (2019) zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege wurde untersucht, wie es gelingen kann, stationäre und ambulante Langzeitpflegeeinrichtungen so zu unterstützen, dass sich ihre Arbeitsbedingungen nachweislich verbessern.



Weblink:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/finanzierungs_foerderungsmassnahmen/200330_Pflege_Orientierungshilfe_FAQs_Foerderung_Vereinbarkeit_Pflege_Familie_Beruf.pdf


Im Januar 2021 startete das bundesweite Nachfolgeprojekt des Pflegebevollmächtigten „**Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**“ (GAP). Bis Ende des Jahres 2023 sollen bundesweit mindestens 750 ambulante oder stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen teilnehmen können. Ähnlich wie im Pilotprojekt starten sie mit einer Bestandsanalyse ihrer Arbeitsbedingungen, anhand derer die für sie passenden Leitfäden empfohlen, die Führungskräfte in deren Anwendung geschult und durch professionelle Coaches vor Ort unterstützt werden.

Seit Ende Mai 2021 erfolgt eine wellenförmige Ansprache von Pflegeeinrichtungen, um über das Projekt GAP und dessen Start im Sommer 2021 zu informieren. Interessierte Pflegeeinrichtungen können sich auch unabhängig davon direkt anmelden.




Weblink:
Informationen dazu unter:
<https://www.gap-pflege.de/>

Zur **Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für Krankenhäuser** haben im Förderjahr 2019 insgesamt 213 Krankenhäuser mindestens eine Maßnahme zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf mit den Krankenkassen nach § 4 Abs. 8a S. 7 KHEntgG vereinbart. Damit nutzt jedes fünfte der anspruchsberechtigten Krankenhäuser mit Budgetabschluss für das Jahr 2019 bereits das Förderprogramm. Die meisten Maßnahmen wurden im Bereich der unmittelbaren Unterstützung bei der Kinderbetreuung bzw. der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger ergriffen. Den teilnehmenden Kliniken wurde ein Fördervolumen in Höhe von rund 7,8 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Bislang wurden damit rund 11 % des insgesamt für das erste Förderjahr zur Verfügung stehenden Geldbetrages in Höhe von rund 70 Mio. Euro ausgeschöpft. Diese Zahlen sind jedoch nicht abschließend – so stehen noch Budgetabschlüsse für 2019 aus, zudem besteht für die Krankenhäuser die Möglichkeit, nicht in Anspruch genommene Mittel in das Folgejahr zu übertragen.



Weblink:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/pflege-sonderprogramm/KH_Vereinbarkeit_Pflege-Familie-Beruf_Bericht_2019_2020_07_31.pdf

Die DKG unterstützt die Krankenhäuser, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu etablieren. Hierzu hat sie u. a. den bestehenden **Leitfaden zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf für eine erfolgreiche Fachkräftesicherung im Krankenhaus** aktualisiert. Die Broschüre ist seit Ende 2020 veröffentlicht und kann unter dem nebenstehenden Link abgerufen werden. Sie wurde – wie auch die gemeinsame durchgeführte Veranstaltung „Operation Vereinbarkeit: Kulturwandel im Krankenhaus“ – in Zusammenarbeit mit dem Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ erstellt. Diese ist eine gemeinsame Initiative des BMFSFJ und des Deutschen Industrie- und Handelskammertags und bietet neben Informationsmaterial auch regelmäßig Veranstaltungen an, in denen über die Umsetzung von Familienfreundlichkeit in Unternehmen informiert wird. Die Mitgliedschaft im Netzwerk ist für Unternehmen kostenfrei.



Weblink:
[In 5 Schritten zu mehr Vereinbarkeit \(erfolgsfaktor-familie.de\)](https://erfolgsfaktor-familie.de)

Neue Konzepte für ein lebensphasenorientiertes Arbeiten werden entwickelt

Aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds wurde gemeinsam vom BMAS und der BAGFW das Förderprogramm Rückenwind initiiert. Aus diesem wird bis April 2022 das **Projekt „BeNeFit: Bewährtes mit Neuem – Fit für die Zukunft“** gefördert. Ziel ist es, Instrumente für ein lebensphasenorientiertes Arbeiten zu entwickeln. Zielgruppen sind hier v. a. Beschäftigte in Vorbereitung auf den Ruhestand bzw. nach Auslaufen der tariflichen Altersteilzeitmöglichkeit, mit der besonderen Herausforderung von Wissenserhalt/-weitergabe. Eine weitere Zielgruppe sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die aufgrund familiärer Gegebenheiten (Pflege, Erziehung, Gesundheit oder individueller Bedarf nach Work-Life-Balance) eine Anpassung des Arbeitszeitmodells benötigen. Ergänzt werden soll dieser Ansatz durch ein Reverse-



Weblink:
Weitere Informationen unter:
<https://www.bagfw-esf.de/ueber-rueckenwind/projekte-6-foerderrunde/benefit-bewaehrtes-mit-neuem-fit-fuer-die-zukunft>

Mentoring-Konzept, das Mitarbeitenden den Anschluss an digitale Entwicklungen ermöglicht, z. B. nach Auszeiten, nach Teilzeit oder wenn die Verbundenheit gegenüber digitalen Themen gering ist. Als Mentoren und Mentorinnen sind digital aufgeschlossene Nachwuchskräfte vorgesehen. Die entwickelten Formate sollen dauerhaft etabliert und im Qualitätsmanagement aufgenommen werden.

2.7 Wertschätzung und Anerkennung

Ziel des Handlungsfelds ist es, die öffentliche Wahrnehmung und Wertschätzung von beruflich Pflegenden zu stärken und die Pflegeberufe aufzuwerten. Durch eine positive Berichterstattung und gute Beispiele über eine Tätigkeit in der Pflege kann dies erreicht werden.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Die Fähigkeiten und Kompetenzen von beruflich Pflegenden werden in der Öffentlichkeit hervorgehoben

Die DASA Arbeitswelt Ausstellung in Dortmund ist die ständige Ausstellung und Bildungseinrichtung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sie vermittelt Basis- und Orientierungswissen zur

Arbeitswelt an eine breite Öffentlichkeit und ist eines der größten technischen Museen in Deutschland. Um das Bild der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung zu stärken hat die DASA Arbeitswelt den Bereich „Heilen und Pflegen“ in ihrer Dauerausstellung vollständig neugestaltet. Die Besucherinnen und Besucher erfahren, welche Fähigkeiten und Kompeten-

zen in der Pflege Tätige benötigen, um ihren Beruf auszuüben. Im Rahmen vieler Mitmach-Stationen gibt es einen Einblick in die vielfältigen Aufgaben von Gesundheitsberufen. Die Ausstellung ist seit dem 10. Juni 2021 für das Publikum geöffnet. Begleitend zur Ausstellung finden zielgruppenorientierte Vermittlungsangebote und Veranstaltungen statt – sowohl vor Ort als auch digital. Geplant ist weiterhin die Ergänzung der Ausstellung um das Thema „Corona“.



Weblink:
Heilen und Pflegen | DASA
(dasa-dortmund.de)



Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung

Arbeitsgruppe 3

3. Arbeitsgruppe 3 „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“

Auf Grund der demographischen Entwicklung werden künftig mehr Pflegebedürftige zu versorgen sein. Dies stellt die gesundheitliche und pflegerische Versorgung vor Herausforderungen. Es müssen neue, innovative Wege bestritten werden, um die Versorgung effizienter zu gestalten und die Arbeitsverdichtung in der Pflege zu verringern. Ziel ist es, dass am Ende mehr Zeit verbleibt, um eine angemessene personenzentrierte Pflege und Betreuung sicherzustellen.

Die Partner der AG 3 haben Maßnahmen vereinbart, wie dies z. B. durch eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit oder die Einbeziehung von technischer oder digitaler Unterstützung erreicht werden soll. Die im Abschnitt zur AG 3 dargestellten Maßnahmen basieren auf den Angaben der Mitglieder der AG 3 zu den bis April 2021 begonnenen oder abgeschlossenen Maßnahmen, die diese dem BMG im Rahmen des Monitorings gemeldet haben. Maßnahmen, deren Umsetzung bereits im ersten Umsetzungsbericht vom November 2020 dargestellt wurde, werden nur insoweit erneut berichtet als es gegenüber dem letzten Umsetzungsbericht relevante Fortschritte gab. Zu nicht abgeschlossenen Maßnahmen, die pandemiebedingt noch nicht begonnen oder abgeschlossen werden konnten, wird in diesem Bericht nicht (erneut) berichtet. Ihre Umsetzung wird weiterhin aktiv vorangetrieben und konstruktiv begleitet werden.

Den Vorsitz der AG 3 hat das BMG. Die Liste der Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 findet sich im Anhang II 3.

3.1 Gestaltung neuer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen

Mehr Selbstständigkeit im Pflegeprozess für Pflegefachpersonen steigert auch die Attraktivität des Berufs. Pflegefachpersonen verfügen bereits über eine Vielzahl von Kompetenzen, die zu einer selbstständigen Arbeit befähigen. Zudem gibt es auch Möglichkeiten, diese Kompetenzen, z. B. im Rahmen von Weiterbildungen, auszubauen oder zu intensivieren. Um bestehende und zusätzlich erworbene Kompetenzen zu nutzen braucht es Freiräume insbesondere bei der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Dies kann auch zu einer effizienteren Versorgung beitragen.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Beratungsergebnisse aus dem Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit wurden gesetzlich umgesetzt: Pflegefachpersonen erhalten mehr Befugnisse und Heilkundeübertragung wird verpflichtend erprobt
Seit Herbst 2019 führt das BMG unter Beteiligung des BMFSFJ einen **Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich** zur systematischen Analyse der Rolle der Pflege in der Versorgung durch. Der Strategieprozess wird durch ein Expertengremium begleitet, das neben den beiden Ressorts und dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung insbesondere aus Pflegeberufsverbänden und Pflegekammern, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-SV und weiteren relevanten Akteuren sowie Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern besteht. Im Strategieprozess werden die zukünftige Rolle der Pflege in der Versorgung und die Möglichkeit erweiterter Aufgabenbereiche beraten. Ein Ergebnis der bisherigen Beratungen war, dass Pflegefachpersonen die Möglichkeit erhalten sollen, Aufgaben in der Versorgung selbstständiger als bisher zu übernehmen, um ihre Fachkompetenz zielgerichteter für die Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen einsetzen zu können und entsprechend stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden zu werden.

Dazu gehört nach Einschätzung des Expertengremiums beispielsweise die Verordnung von (Pflege-)Hilfsmitteln, aber auch die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege sowie das Wundmanagement. Im Rahmen des Strategieprozesses wurde auch diskutiert, wie Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen einfacher und attraktiver ausgestaltet werden und bei erfolgreicher Durchführung zügiger in der Regelversorgung ankommen können. Bei der Festlegung der Tätigkeiten zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde sind nach Einschätzung des Expertengremiums insbesondere die standardisierten Module der Fachkommission nach § 14 Absatz 4 Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) zu berücksichtigen. Diese Module dienen der Vermittlung erweiterter Kompetenzen, die zur erweiterten Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen erforderlich sind (vgl. dazu auch AG 1, S. 16 ff.).

Die Vorschläge aus den Beratungen des Expertengremiums zum Strategieprozess wurden mit dem GVWG umgesetzt. So erhalten Pflegefachpersonen mehr Entscheidungsbefugnisse:

- **§ 40 Absatz 6 und 7 SGB XI:** Pflegefachpersonen können im Rahmen der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen **konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung** abgeben. Für bestimmte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel wird bei Vorliegen der in einer Richtlinie festzulegenden Voraussetzungen die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der Versorgung vermutet. Einer ärztlichen Verordnung bedarf es zur Hilfsmittelversorgung dann nicht. Damit wird die Fachkompetenz der Pflegefachpersonen und ihre größere Nähe zum Pflegebedürftigen besser berücksichtigt.
- **§ 37 Absatz 8 SGB V:** In geeigneten Leistungsbereichen der häuslichen Krankenpflege dürfen Pflegefachpersonen, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 7 Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens **selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer der häuslichen Krankenpflege bestimmen**.

Darüber hinaus wurden die **Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen (Heilkundeübertragung)** gangbar gemacht: In **§ 64d SGB V** wird geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des PflBG nach Maßgabe eines zu vereinbarenden Rahmenvertrages durchführen. In den Modellvorhaben sind auch **Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit** zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023.

Innovative Versorgungsansätze für eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung, z. B. der Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN) mit erweiterten Versorgungsbefugnissen in der Langzeitpflege, können erprobt werden

Durch das GPVG können seit dem 1. Januar 2021 nach § 8 Abs. 3a SGB XI Modellprojekte zur **Entwicklung und Erprobung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen** aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 3 Mio. Euro pro Kalenderjahr finanziert werden. Durch die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen soll ermittelt werden, ob sich die **Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit des Personals in Pflegeeinrichtungen durch innovative Versorgungsansätze maßgeblich verbessern**. Der Einsatz von zusätzlichem Personal in Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Durchführung von Modellprojekten können in das Fördervolumen einbezogen werden.

Auf dieser Grundlage kann auch eine Erweiterung der Versorgungsverantwortung von Pflegefachpersonen i.S. der Kompetenzen einer APN erprobt werden. Geprüft wird eine Förderung des in der KAP vereinbarten **Projektvorschlags zur verbesserten medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen in Langzeitpflegeeinrichtungen unter Verantwortung einer APN** im Sinne einer neuen, eigenen Versorgungsform. Das geplante Projekt der Bundespflegekammer und der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck zielt darauf, Krankenhauseinweisungen der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Dem Projekt liegt die Annahme zugrunde, dass ein Krankenhausaufenthalt ein umfangliches Risiko insbesondere für hochaltrige Menschen bedeutet, die zudem oftmals neben der akuten Erkrankung an mehreren chronischen Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz oder Demenz, leiden. Weiterhin sind die meisten Krankenhäuser auf die Versorgung von Menschen mit Demenz nicht ausreichend vorbereitet. Das Projekt soll dazu beitragen, durch den Einsatz von speziell geschulten Pflegeexpertinnen und -experten im Sinne einer „Advanced Nursing Practice (ANP)“ in den Pflegeeinrichtungen Lösungsstrategien zu entwickeln und in sechs beteiligten Pflegeeinrichtungen zu erproben, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die Versorgung soll auch bei akuten Erkrankungen möglichst in der Einrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen. Der Projektantrag liegt dem GKV-SV zur Prüfung vor.

Höherstufung der Pflege im DQR wird erneut geprüft

Um die Professionalisierung in der Pflege – auch in der Außenwahrnehmung und darüber hinaus – zu stärken, haben Partner der AG 3 das BMG und das BMFSFJ gebeten, der Bund-Länder-Koordinierungsstelle „Deutscher Qualifikationsrahmen“ (DQR) einen Zuordnungsvorschlag zur Neueinordnung der Pflegeberufe im DQR (auf Kompetenzniveau 5 statt 4) zur Prüfung vorzulegen. Im DQR erhalten bislang sowohl die staatlich geprüften Pflegehilfs- und –assistentenpersonen (ein- oder zweijährige Ausbildung) als auch die nichtakademischen Angehörigen der Heilberufe nach Art. 74 Nr. 19 GG, insbesondere Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie auch Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungen nach dem neuen PflBG, das identische Kompetenzniveau 4.

BMG und BMFSFJ haben dazu ein gemeinsames Schreiben an die Vorsitzenden der Bund-Länder-Koordinierungsstelle DQR zur Frage der Höherstufung der Pflegeberufe gesandt. Ein gemeinsamer Austausch der Fachebenen des BMG, des BMFSFJ und der Vorsitzenden der Bund-Länder-Koordinierungsstelle hat Anfang Mai 2021 stattgefunden. Dabei wurden die Möglichkeiten für eine Neuordnung der Pflegeberufe in den DQR erörtert. Als ein Ergebnis des Gesprächs planen BMG und BMFSFJ, zeitnah die entsprechende Neuordnung der Pflegefachberufe in den DQR formal zu beantragen.

Die Rahmenbedingungen für die praktische Umsetzung des fachlich fundierten Pflegeverständnisses auf Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden weiter verbessert

Eine Expertengruppe „Vertragsgestaltung in der Pflege auf Grundlage des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hat „Empfehlungen für die Landesrahmenvertragspartner zur Umsetzung des § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI“ erarbeitet. Der konzeptionelle Vorschlag der Expertengruppe greift ausdrücklich das Pflegeverständnis des heutigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den damit seit 2017 einhergehenden Perspektivwechsel auf, nach dem sich pflegerische Aufgaben stärker an einer ressourcenorientierten Sichtweise anlehnen. In dem Vorschlag wird das Augenmerk auf pflegerische Aufgaben gerichtet, die bei der Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen flexibel an deren Bedürfnissen sowie an aktuellen Problem- und Bedarfslagen auszurichten sind.


In den Ländern wurden die Verhandlungen zur Anpassung der Rahmenverträge zur voll- und teilstationären Pflege, zur Kurzzeitpflege sowie zur ambulanten Pflege nach § 75 SGB XI weiter fortgesetzt. In einigen Ländern (z. B. Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland) ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff bereits in allen Landesrahmenverträgen umgesetzt, in anderen Ländern für einzelne Versorgungsbereiche.

Abrechnung nach Zeitaufwand (Zeitvergütung) in der ambulanten Pflege ist zunehmend möglich

In der ambulanten Pflege kann nach Einschätzung der KAP-Partner der AG 2 auch eine Zeitvergütung 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 sowie anderen Pflegepersonen 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. Beruflich Pflegende können dabei ihre Fachkompetenz besonders passgenau einsetzen.

In den meisten Ländern liegen zudem konkrete **Regelungen zur Abrechnung nach Zeitaufwand (Zeitvergütung)** vor. Dabei sind Zeitvergütungen zum Teil auch nur mit einzelnen Verbänden oder Einrichtungen vereinbart worden. Die Zeitvergütung gilt dann für alle Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI. Insbesondere bei der Vereinbarung sog. Leistungskomplexe für Betreuung und Hauswirtschaft findet sich häufig ein Zeitbezug. In Nordrhein-Westfalen und Hessen haben bspw. die Pflegedienste ein grundsätzliches Wahlrecht, ob sie eine Zeit- oder Leistungskomplexvergütung wünschen.

Darüber hinaus bereitet der GKV-SV die Durchführung einer **Kurz-Expertise zum Thema Zeitvergütung in der ambulanten Pflege** vor. Das Thema „Zeitvergütung in der ambulanten Pflege“ ist zudem auch Bestandteil der Evaluation eines Modellprojektes zur Umsetzung des sog. „Buurtzorg-Modells“, das im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI seit dem 1. Dezember 2019 gefördert wird.




Weblink:
https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/buurtzorg.jsp

Innovative Ansätze zur interprofessionellen Zusammenarbeit – auch digital – werden gefördert

Über die KAP hinaus werden durch den beim **Gemeinsamen Bundesausschuss** angesiedelten **Innovationsfonds** Projekte gefördert, 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. Dabei werden häufig auch Projekte gefördert, die innovative Ansätze bei der interprofessionellen Zusammenarbeit mit beruflich Pflegenden enthalten. Dazu zählen z. B. die folgenden Projekte:

- **Comm4Care SAN – Versorgung Pflegebedürftiger unter Optimierung der interprofessionellen Kommunikation:** In dem Projekt wird eine verbesserte Kommunikation und intensiviertere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und beruflich Pflegenden durch Einsatz von E-Health-Technik angestrebt. Dafür wird die sogenannte Tele-Health-Plattform die Kommunikation zwischen Hausarzt, beruflich Pflegenden und Patientinnen und Patienten unterstützen sowie im Bedarfsfall eine assistierte Videosprechstunde ermöglichen. Zusätzlich soll an ausgewählten Krankheitsbildern ein intensiviertes Monitoring erprobt werden, um eine stationäre Behand-



Weblink:
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/comm4care-san-versorgung-pflegebeduerftiger-unter-optimierung-der-interprofessionellen-kommunikation.350>

lung möglichst zu vermeiden. Im Rahmen der Evaluation soll auch untersucht werden, ob durch die verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Pflege eine Verschlechterung des Krankheitszustands rechtzeitig abgewendet werden konnte.

- **SaarPHIR – Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelmäßig:** Ziel des Projekts ist eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen und die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und ineffizienter Versorgung durch eine intensivierte und stringent koordinierte Zusammenarbeit zwischen beruflich



Weblink:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/saarphir-saarlaendische-pflegeheimversorgung-integriert-regelmassig.95>

Pflegenden und Ärzten. Hierfür unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland ihre niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Bildung regionaler Versorgungsteams. Haus- und Fachärzte bündeln ihre Ressourcen und ermöglichen so den Pflegeheimen eine beständige Verfügbarkeit und Erreichbarkeit. Die Saarländische Pflegeheimgesellschaft unterstützt Pflegeeinrichtungen darin, dass besonders geschulte beruflich Pflegende als Ansprechpartner für die Ärzte zur Verfügung stehen. Bei Bedarf werden

gemeinsam individuelle Versorgungspläne mit Arzneimitteltherapieprüfung für die Patientinnen und Patienten erstellt. Ärztinnen und Ärzte und beruflich Pflegende nehmen an Team- und Fallbesprechungen teil, um voneinander zu lernen und ihre Zusammenarbeit zu stärken. Durch die Entwicklung von Regelwerken zur Zusammenarbeit sollen Ärztinnen und Ärzte wie auch beruflich Pflegende entlastet werden.



Weblink:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192>

- **HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand:** APN Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region: Das Projekt sieht die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf eine APN vor, um die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum sicherzustellen. Hausärztinnen und Hausärzte sollen so vor allem bei der Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten entlastet werden. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit zwischen der APN und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durch den Einsatz von Telemedizin und über eine elektronische Fallakte vorgesehen.



Weblink:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/independent-interprofessionelle-demenzversorgung-aufgabenverteilung-zwischen-aerzten-und-qualifizierten-pflegefachpersonen-in-der-haesuslichen-versorgung.286>

- **InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung:** Durch eine Aufgabenneuverteilung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Pflegefachpersonen soll die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit verbessert werden. Dabei sollen demenzspezifisch qualifizierte Pflegefachpersonen Tätigkeiten übernehmen, die bisher typischerweise vom ärztlichem Personal ausgeführt werden, wie z. B. einfache Assessments oder die Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln. Die Pflegefachpersonen werden in fünf Ärztenetzen in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Hessen eingesetzt.

- **AHead – Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärztinnen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung:** Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation: Untersucht wurde, wie künftig mit einer veränderten Arbeitsteilung von Pflegefachpersonen und Hausärztinnen und Hausärzten die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz gestaltet werden kann und wie diese sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen akzeptiert wird. Die Ergebnisse zeigen eine gewisse Offenheit von Hausärztinnen und Hausärzten gegenüber der Delegation und Substitution von

Aufgaben. Alle befragten Gruppen stimmten zu, dass insbesondere die Patientinnen und Patienten von einer veränderten Aufgabenteilung profitieren würden. Eine Reihe von Tätigkeiten wurde identifiziert, die über alle befragten Gruppen hinweg grundsätzlich als geeignet für eine Delegation an und/oder Substitution durch Pflegefachpersonen bewertet wurden. Am häufigsten wurden hierbei Tätigkeiten aus den Bereichen Assessment, Monitoring und Folgeverschreibungen genannt.



Weblink:
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/ahead-kuenftige-aufgabenteilung-von-pflegefachpersonen-und-hausaerzten-in-der-ambulanten-demenzversorgung-aufgaben-akzeptanz-qualifikation.28>

Die Qualifizierung von Pflegefachpersonen zur erweiterten Aufgabenübernahme und eine Erprobung dieser neuen Form der Aufgabenteilung erfolgt aufgrund frühzeitiger positiver Zwischenergebnisse des Projekts AHead bereits in dem vorgenannten Projekt InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung.

3.2 Digitalisierung und Zukunftstechnologien in der Pflege

Die Digitalisierung gewinnt angesichts des Fachkräftemangels weiter an Bedeutung. Sie hat das Potential, beruflich Pflegende zu entlasten, zu einem effizienteren Arbeiten beizutragen und die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Sie muss dazu gut in die Arbeitsabläufe integriert sein. Beruflich Pflegende müssen zudem im Umgang mit digitaler und technischer Unterstützung geschult sein. Denn Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Sie soll zu einer spürbaren Entlastung beitragen. In folgenden Bereichen haben die Akteure der KAP verstärkte Anstrengungen unternommen, um die Digitalisierung in der Pflege voranzutreiben.

3.2.1. Die Leistungserbringer in der Telematikinfrastruktur vernetzen

Die Telematikinfrastruktur ist die sichere Kommunikationsinfrastruktur des Gesundheitswesens. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzerinnen und Nutzer mittels der gesetzlich vorgeschriebenen Identifikations- und Authentifizierungsverfahren Zugang erhalten. Hier können alle relevanten Akteure des Gesundheitswesens patientenbezogene Daten sicher und schnell austauschen. Zeit- und personalaufwendige persönliche Nachfragen zwischen den verschiedenen Behandlern werden reduziert und administrative Prozesse in der Praxis erleichtert. Die pflegefachliche Expertise kann in Zukunft noch besser einbezogen werden.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Der Anschluss der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wird begleitet

Das BMG hat mit dem Digitale-Versorgung-und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG), dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) und dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) umfassende gesetzliche Regelungen zur Einbindung der Pflege in die Telematikinfrastruktur auf den Weg gebracht (siehe hierzu erster Umsetzungsbericht der KAP). Nunmehr liegt es in der Verantwortung einzelner Akteure, die gesetzlichen Regelungen umzusetzen.

Nachdem das Finanzierungsverfahren für die Ausstattungs- und Betriebskosten für alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen vom GKV-SV mit den Verbänden geklärt wurde und die Länder die Einrichtung des elektronischen Gesundheitsberuferegisters (eGBR) vorantreiben, wird die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur gemäß § 125 SGB XI auch durch ein vom GKV-SV durchgeführtes Modellprogramm unterstützt. An dem Modellprogramm nehmen über 80 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen aus allen Bundesländern teil. Damit wird im ersten Schritt insbesondere die Möglichkeit eröffnet, die sektorenübergreifende Kommunikation und damit die Arbeits- und Organisationsprozesse in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Die im ersten Schritt erforderlichen Zugangskarten (hier: SMC-B Org), mit denen die Einrichtungen auf die Telematikinfrastruktur zugreifen können, werden von der Gesellschaft für Telematik ausgegeben, bis das eGBR diese Aufgabe übernehmen kann. Das Modellprogramm wird wissenschaftlich evaluiert, die Verbände der Pflege werden kontinuierlich einbezogen.

3.2.2. Die Digitalisierung im Verwaltungsverfahren vorantreiben

Die Partner der KAP haben eine vollständige elektronische Abrechnung in der ambulanten Pflege und elektronische Verordnungen, insbesondere bei der häuslichen Krankenpflege, als Bereiche identifiziert, in denen beruflich Pflegende künftig entlastet werden können.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Elektronische Verordnungen werden ermöglicht. Die Verhandlungen zur elektronischen Abrechnung gehen in die Endphase

Das BMG hat mit dem PDSG gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht, um die elektronische Abrechnung in der ambulanten Pflege zu befördern und um elektronische Verordnungen, insbesondere in der häuslichen Krankenpflege, voranzutreiben (siehe erster Umsetzungsbericht der KAP). Nunmehr liegt es in der Verantwortung einzelner Akteure, die gesetzlichen Regelungen umzusetzen.

Der GKV-SV und die Verbände der Einrichtungsträger haben auf der Grundlage dieser gesetzlichen Neuregelungen die Beratungen zur elektronischen Abrechnung fortgesetzt. Eine Einigung zwischen dem GKV-SV und den Leistungserbringern scheiterte jedoch an grundsätzlichen inhaltlichen Einzelfragen. Diese betreffen den Umfang der anzugebenden Daten in den Datensätzen und auf dem Leistungsnachweis sowie zu den Beschäftigtennummern. Deshalb werden der GKV-SV sowie die Verbände der Einrichtungsträger die Schiedsstelle voraussichtlich im dritten Quartal 2021 anrufen.

Die Beratungen zwischen dem GKV-SV und den Verbänden der Einrichtungsträger zur technischen Umsetzung der elektronischen Abrechnung konnten jedoch im ersten Quartal 2021 erfolgreich beendet werden. Der sich daraus ergebende Änderungsbedarf in den technischen Anlagen zur elektronischen Abrechnung wird derzeit abgestimmt.

In Folge der gesetzlichen Änderungen zu elektronischen Verordnungen haben die Krankenkassen verschiedene Projekte in der häuslichen Krankenpflege auf den Weg gebracht (siehe hierzu erster Umsetzungsbericht der KAP). Ab dem 1. Juli 2024 ist die elektronische Verordnung von häuslicher Krankenpflege sowie außerklinischer Intensivpflege verpflichtend vorgesehen; dies wurde mit dem DVPMG geregelt. Dementsprechend werden Erbringer dieser verordneten Leistungen bis zum 1. Januar 2024 zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur verpflichtet. Zur flächendeckenden Umsetzung von E-Rezepten im Arzneimittelbereich hat der GKV-SV die Verträge mit den Apothekerinnen und Apothekern und

Ärztinnen und Ärzten im zweiten Quartal 2021 angepasst und die technische Umsetzung für die Abrechnung der E-Rezepte geregelt. Zur Sicherstellung einer sicheren und technisch störungsfreien Einführung und Nutzung in den Praxen, Krankenhäusern und Apotheken wird das E-Rezept seit dem 1. Juli 2021 zunächst in der Modellregion Berlin-Brandenburg erprobt, bevor die bundesweite Einführung des E-Rezepts im vierten Quartal vorbereitet wird. Ab dem 1. Januar 2022 ist das E-Rezept verpflichtend bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für gesetzlich Versicherte zu nutzen.

3.2.3. Digitalisierung und technische Unterstützung im Bereich Pflege und Betreuung vorantreiben

Ziel ist es, durch digitale und technische Unterstützung in der Leistungserbringung die beruflich Pflegenden zu entlasten sowie die Arbeitsabläufe effizienter zu gestalten. Dadurch soll künftig mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der anvertrauten Personen bleiben. Die KAP hat sich zum Ziel gesetzt, die **elektronische Pflegedokumentation** und die **vernetzte Touren- und Einsatzplanung** weiter zu befördern und dabei auch die **Schulung** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Blick zu halten. Darüber hinaus soll **Telepflege** künftig die Versorgung verbessern und effizienter gestalten (z. B. durch die schnellere Verfügbarkeit von pflegfachlichen Einschätzungen oder von spezialisiertem Sachverstand sowie den Wegfall von Wegstrecken) und die Fachkräftebasis erweitern (indem sie z. B. neue Aufgabenfelder für gesundheitlich beeinträchtigte beruflich Pflegenden in der Beratung schafft). Der Bereich der Forschung und Entwicklung trägt dazu bei, Zukunftstechnologien für die Pflege nutzbar zu machen.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Digitalisierungsbestrebungen von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern werden von den KAP-Partnern unterstützt

Das BMG unterstützt die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser bei Digitalisierungsprozessen, indem es durch gesetzliche Regelungen finanzielle Unterstützung bereitstellt. Mit dem DVPMG wurde die **Fördermaßnahme für Investitionen in digitale und technische Ausstattung** (§ 8 Abs. 8 SGB XI) in Pflegeeinrichtungen um zwei Jahre verlängert. Die voranschreitende **Digitalisierung der Krankenhäuser** wird durch den Krankenhauszukunftsfonds des Bundes unterstützt, der mit dem Krankenhauszukunftsgesetz auf den Weg gebracht wurde (siehe hierzu erster Umsetzungsbericht der KAP). Nunmehr liegt es an den Akteuren der KAP, damit diese Fördermittel auch genutzt werden, um zu einer Entlastung von beruflich Pflegenden beizutragen.

Hinsichtlich der Umsetzung der Fördermaßnahme von **Investitionen in Digitales von Pflegeeinrichtungen** hat der GKV-SV für den Berichtszeitraum 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2020 knapp 6.500 Förderanträge der Pflegeeinrichtungen für Investitionen in Digitales nach § 8 Abs. 8 SGB XI verzeichnet (im Jahr 2019 waren es rund 3.500). Davon wurden bis Ende des Jahres 2020 ca. 5.370 Anträge beschieden, hiervon knapp 97 % positiv (5.201 Anträge). Nach den beim GKV-SV bewilligten Anträgen beträgt der größte Anteil der geförderten Maßnahmen die Pflegedokumentation mit ca. 30 %, gefolgt von der Dienst- und Tourenplanung mit ca. 18 %. Allerdings steht von den über 300 Mio. Euro bereitgestellten Mitteln noch der überwiegende Teil zur Verfügung. Deshalb sind die Pflegeeinrichtungen weiterhin aufgerufen, diese Mittel für eigene Digitalisierungsmaßnahmen zu beantragen und zu nutzen. Die Verbände der Einrichtungsträger haben im Rahmen der KAP zugesagt, ihre Mitglieder zu motivieren, von den Fördermitteln Gebrauch zu machen und diese bei der Beantragung zu unterstützen. Die Diakonie hat z. B. im Jahr 2020 den **Entwurf „Digitale Agenda der Diakonie“** veröffentlicht. Die darin enthaltenen Maßnahmen sollen 2020 und 2021 umgesetzt werden und zu einem erfolgreichen digitalen Kulturwandel und zu einer Förderung der Digitalisierung innerhalb des Verbandes und seiner Mitgliedseinrichtungen beitragen. Dazu gehört auch, zu einem besseren Mittelabruf beizutragen.

Um die **Digitalisierung in Krankenhäusern** voranzutreiben, sollten die Länder kontinuierlich den Krankenhauszukunftsfonds umsetzen. Zu den förderfähigen Vorhaben gehören u. a. auch die elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen. Derartige digitale Anwendungen führen sowohl zu einer Entlastung des Personals und einer Beschleunigung administrativer Prozesse im Krankenhaus als auch zu einer Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Laufe des Behandlungsprozesses. Die Krankenhäuser sind aufgerufen, Anträge auf Fördermittel bei den Ländern zu stellen.

Um den digitalen Wandel zu unterstützen, hat sich der DPR mit fünf weiteren Verbänden (Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg), Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP), DPR, Fachverband Informationstechnologie in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung (FINSOZ e.V.), Verband diakonischer Dienstgeber in Deutschland e.V. (VdDD) und ver.di) zu einem Verbändebündnis zusammengeschlossen und Positionen für die Digitalisierung in der Pflege entwickelt. Weiterhin finden und fanden Webinare zu dem Thema statt wie z. B. im April 2021 „Das Krankenhauszukunftsgesetz als Chance für die klinische Pflege“ (bvitg, DPR, Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU), Bundesverband Pflegemanagement, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)), in dem die Fördermöglichkeiten für die Digitalisierung in Krankenhäusern und die Vorgehensweise bei der Beantragung erläutert werden.

Praxisbeispiele

Das BMAS hat ein Programm Zukunftszentren eingerichtet. Im Rahmen dieses Programms ist ein Zukunftszentrum für die Sozial- und Pflegewirtschaft in den Bundesländern Berlin, Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen mit dem Namen „pulsnetz“ gestartet. Zudem startete in Brandenburg bereits im November 2019 ein Zukunftszentrum auch unter finanzieller Beteiligung des Landes Brandenburg, dessen Schwerpunkt die Pflegebranche ist.



Weblink: <https://www.pulsnetz.de/aktuelles/meldung/bundesregierung-foerdert-ki-programm>

Projektziele:

- Analyse regionaler Bedarfe von Unternehmen und Entwicklungen im Kontext der Digitalisierung
- Entwicklung und Erprobung innovativer Lehr-, Lern-Konzepte (LLK) und Beratungskonzepte für den digitalen Wandel
- Beratung von Pflegeeinrichtungen.

Beide Zukunftszentren beraten nunmehr auch bei der partnerschaftlichen Einführung von Künstlicher Intelligenz (KI) auf der Ebene der Einrichtungen.

Zudem wurden die Ergebnisse des von November 2015 bis Januar 2018 seitens des Landes initiierten Modellprojektes „Entwicklung von innovativen Personaleinsatz- und Entwicklungskonzepten in der stationären Pflege“ aufbereitet, reflektiert und zu einer Arbeitshilfe verdichtet. Diese wurde allen Einrichtungen zugänglich gemacht.



Das Handbuch ist als Druck- und Onlineversion unter „<https://lasv.brandenburg.de/lasv/de/soziales/pflege-sozialhilfe/handbuch-pflege/>“ sowie unter „<https://handbuch-pflege.de/>“ veröffentlicht worden.

Praxisbeispiel

Auf Initiative des Landes Baden-Württemberg wurde im August 2020 das „Landeskompetenzzentrum Pflege & Digitalisierung (PflegeDigital@BW)“ am Standort Tübingen gegründet. Finanziert wird PflegeDigital@BW aus Landesmitteln bis zunächst 2022 von gesamt ca. 5 Mio. Euro. PflegeDigital@BW fungiert als zentrale Anlauf-, Beratungs- und Vernetzungsstelle zu Fragen der Digitalisierung in der Langzeitpflege. Ziel ist es, Akteure in der Langzeitpflege in dem Prozess der digitalen Transformation des Pflege- und Gesundheitswesens praxisnah zu unterstützen. So sollen digitale Technologien und Konzepte, die sich für den flächendeckenden Einsatz in der Langzeitpflege eignen, für Praktikerinnen und Praktiker zugänglich und anwendbar gemacht werden. Hierzu werden eigene Konzepte zur Kompetenzvermittlung und eine spezielle Lehr-Lern-Umgebung geschaffen, in der ausgewählte Pflegetechnologien unter fachlicher und technischer Begleitung erprobt werden können. Ein zentraler Baustein von PflegeDigital@BW ist die Errichtung einer digital vollausgestatteten Demonstrations-, Erprobungs- sowie Lehr- und Lerneinrichtung namens „Campus PflegeDigital“. Diese soll sich architektonisch, infrastrukturell und konzeptionell an den Gegebenheiten einer modernen stationären Pflegeeinrichtung mit Wohngruppenkonzept orientieren. Zugleich wird großer Wert auf die didaktische Rahmung des Gesamtkonzeptes gelegt. „Campus PflegeDigital“ soll so dazu beitragen, geeignete und erprobte digitale Pflegetechnologien in die Regelversorgung zu überführen. Zudem sollen die Chancen und Potenziale telemedizinischer, interprofessioneller und sektorenübergreifender Versorgungslösungen durch den Einsatz digitaler Technologien in der Langzeitpflege erfahrbar gemacht werden. Derzeit erfolgen die aktive inhaltliche Konzeption und die daran anschließende bauliche Planung des Vorhabens unter Einbezug pflegerelevanter Akteurinnen und Akteure sowie weiterer Expertinnen und Experten.

Mehr Informationen unter: <https://www.pflegedigital-bw.de/>



Das BMG hat zudem geprüft, ob eine Online-Plattform für einen neutralen Überblick über die marktreifen, technischen Möglichkeiten ergänzend zu den Förderungen für Investitionen in digitale und technische Infrastruktur nach dem SGB XI und dem Krankenhausstrukturfonds sinnvoll wäre, um die Digitalisierung weiter voranzutreiben. Neutrale Plattformen wie der Wegweiser „Alter und Technik“ machen jedoch deutlich, dass ein neutraler Überblick zu den technischen und digitalen Unterstützungssystemen am Markt sehr aufwändig ist. Zudem kann das BMG nur die Entwicklung eines entsprechenden Portals finanziell unterstützen. Nach dem Auslaufen der Förderung müsste sich somit ein Träger finden, der dieses Portal aus eigenen finanziellen Mitteln und unter Wahrung der Neutralität weiterführen kann. Aus diesem Grund hat das BMG entschieden, diese Maßnahme nicht weiter zu verfolgen. Die dadurch freiwerdenden Ressourcen werden bei der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen genutzt, mit dem auch Digitalisierungsprozesse vorangetrieben werden sollen. Im Modellprogramm zur Weiterentwicklung des Personalbemessungsverfahrens, das mit dem GPVG auf den Weg gebracht wurde, sollen Konzepte entwickelt werden, mit denen die Pflegeeinrichtungen Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung und Maßnahmen der Digitalisierung umsetzen können. Von diesen Konzepten werden die Pflegeeinrichtungen langfristig profitieren (siehe Bericht der AG 2).

Weblink:
<https://inklusive-netzwerk-freiburg.de/wegweiser-alter-und-technik>



Die Partner der KAP arbeiten an besseren Rahmenbedingungen für eine elektronische Dokumentation

Eine elektronische Dokumentation kann einen niedrigschwiligen Einstieg in digitale Arbeitsprozesse einer Pflegeeinrichtung darstellen. Im Rahmen des Konzepts des Strukturmodells der Pflegedokumentation wurden Leitfäden zur technischen Implementierung der Pflegedokumentation erarbeitet, die bei der

Digitalisierung der Pflegedokumentation hilfreich sind und für andere Dokumentationsmodelle so nicht vorliegen. Die BAGFW hat im Jahr 2020 eine Erhebung zur aktuellen Verbreitung des Strukturmodells in den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege durchgeführt. Diese hat eine Verbreitung von über 80% ergeben. Mit der Erhebung wurden auch Handlungsbedarfe zur Verstärkung der Umsetzung und zur Weiterverbreitung des Strukturmodells identifiziert, die nun kontinuierlich weiterverfolgt werden sollen. Hier wurde von den befragten Einrichtungen explizit auch der Ausbau digitaler Angebote im Sinne von Schulungen u. ä. genannt.

Um eine digitale Dokumentation im ambulanten Bereich voranzutreiben, sollten künftig die „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ (MuG) nach § 113 SGB XI überarbeitet werden (siehe erster Umsetzungsbericht der KAP). Die Verbände der Leistungserbringer befinden sich hierzu weiterhin in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband; auch der Kontakt zur Gesellschaft für Telematik wurde hergestellt. Eine nach wie vor noch zu bewältigende Herausforderung ist, dass die elektronische Dokumentation jederzeit für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zur Verfügung stehen muss und dass auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten in der Häuslichkeit zumindest auf notwendige Daten zurückgreifen sollten. Die Bestrebungen, die Maßstäbe und Grundsätze zu ändern, werden von den Akteuren fortgesetzt.

Darüber hinaus haben die Pflegekammern, ver.di, die Pflegeberufsverbände, die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zugesagt, Qualifizierungsmaßnahmen insbesondere zur Nutzung elektronischer Dokumentationen zu entwickeln. Diese Maßnahmen konnten auf Grund der pandemischen Lage noch nicht begonnen werden. Die Verbände haben in der Zwischenzeit andere Maßnahmen (siehe oben) prioritär verfolgt. Die Bundespflegekammer hat zudem vorgeschaltet eine Weiterbildungsordnung verabschiedet, die künftig eine strukturierte Fort- und Weiterbildung sichern soll (siehe hierzu Bericht der AG 2).

Handlungsfelder für Telepflege in Deutschland wurden identifiziert und erste Maßnahmen zur Implementierung von Telepflege ergriffen



Weblink:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg\[pubid\]=3604](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg[pubid]=3604)

Zur Prüfung der Entwicklungsmöglichkeiten von Telepflege hat das BMG eine „**Studie zu den Potentialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung**“ in Auftrag gegeben. Ziel der Studie war es, wirksame Beispiele guter Praxis im Bereich der Telepflege sowie geeignete Handlungsfelder für den Einsatz der Telepflege in Deutschland zu identifizieren (siehe erster Umsetzungsbericht der KAP). Die Ergebnisse der Studie liegen vor.

Es konnte gezeigt werden, dass Telepflege das Potenzial hat, die Sicherheit, die Kontinuität und die Qualität der pflegerischen Versorgung im häuslichen Bereich zu verbessern, die Arbeitszufriedenheit professionell Pflegenden zu beeinflussen sowie die Gesundheitskompetenz und Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen zu erhöhen. Des Weiteren konnten sowohl konkrete Handlungsfelder und Technologien, Zielgruppen bzw. Anwendergruppen als auch Kommunikationswege telepflegerischer Anwendungen eruiert werden. Dabei wurde deutlich, dass sich nicht sämtliche Pflgetätigkeiten in Form von Telepflege erbringen lassen. Insbesondere körperbezogene Pflegeleistungen (beispielsweise nach dem SGB XI) erfordern häufig die persönliche Anwesenheit der beruflich Pflegenden, sofern sie nicht nach pflegefachlicher Anleitung der pflegebedürftigen Person oder ihrer Angehörigen selbst durchgeführt werden können.

Telepflegerische Tätigkeiten lassen sich u. a. in Form von Telemonitoring (Überwachung aus der Ferne) oder Telekonsultationen (Beratung aus der Ferne) erbringen. Als besonders relevant für den künftigen Einsatz von Telepflege im häuslichen Bereich konnte das Telemonitoring identifiziert werden. Dieses beinhaltet eine elektronische, z. T. sensorgestützte Datenerfassung und Dokumentation zum Zweck des digitalen Datenaustauschs (auch in Echtzeit), z. B. zum telepflegerischen Monitoring (Erfassung von Wohlbefinden, Schmerz, zur Sturzerkennung), aber auch in der häuslichen Krankenpflege zur Erfassung von Vitalwerten und beim Wundmanagement einer pflegebedürftigen Person. Hierbei sind auch Teilbereiche der Telepflege erfasst, die sachlich der Telemedizin zuzuordnen sind.

Von derzeit eher mittlerer Relevanz für die breite Umsetzung in den pflegerischen Versorgungsalltag zu Hause versorgter Pflegebedürftiger lassen sich die vielfältigen technischen Assistenzsysteme und Smart-Home-Technologien sowie Lösungen für die Beratung einordnen. Anzumerken ist, dass aufgrund mangelnder empirischer Erkenntnisse telepflegerische Anwendungen in der Beratung und Anleitung im Bereich des SGB XI derzeit noch nicht flächendeckend umsetzbar sind. Expertinnen und Experten, die im Rahmen der Studie an einer Delphi-Befragung teilnahmen, haben hier allerdings vor dem Hintergrund der pflegerischen Aufgaben nach dem aktuell geltenden Pflegeverständnis Potenzial gesehen. Nach dem neuen Pflegeverständnis nehmen Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen einen höheren Stellenwert ein. Ziel ist es, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu pflegfachlichen Aufgabenstellungen zu befähigen (sog. Edukation), soweit dies individuell möglich und gewünscht ist.

Das Anwendungsfeld mit der niedrigsten aktuellen Relevanz ist nach den Erkenntnissen der Studie die Robotik. Sowohl die Studienlage als auch die Experteneinschätzungen lassen derzeit kaum auf konkret nachweisbare Vorteile des Einsatzes von Robotern in der Langzeitpflege schließen.

Um neben Leistungen der Telepflege – auch als Ergebnis der Studie – den Einsatz technologischer Innovationen weiter zu befördern, hat das BMG folgende Maßnahmen auf den Weg gebracht:

- Es wird ein neuer Anspruch pflegebedürftiger Personen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, auf Erstattung digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) geschaffen. Die Pflegekasse kann zukünftig für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 50 Euro für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen zahlen. DiPAs auf mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dabei unterstützen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Sie können auch die Interaktion der Pflegebedürftigen mit Dritten, wie Angehörigen oder Pflegediensten, verbessern. Zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein sogenanntes DiPA-Verzeichnis soll ein neues Verfahren geschaffen und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt werden. Damit wird der dortige Erfahrungsstand hinsichtlich digitaler Gesundheitsanwendungen genutzt. Sachgerechte Ergänzungen bei ggf. im Einzelfall notwendigen, sog. ergänzenden Unterstützungsleistungen bei Nutzung der DiPA betreffen Finanzierungsregelungen für zugelassene Pflegedienste im 7. und 8. Kapitel SGB XI (Vertrags- und Vergütungsrecht) sowie verbraucher- und kostenrelevante Angaben für pflegebedürftige Personen im Pflegevertrag nach § 120 SGB XI.
- Mit dem DVPMG wird ein Modellprogramm zur Erprobung von „Telepflege“ (§ 125a SGB XI) auf den Weg gebracht, das insbesondere telepflegerische Anwendungsfelder im Bereich der Langzeitpflege (Anleitung, Beratung und Aufklärung) entwickeln soll.

- Mit dem GPVG wurden bereits zur beschleunigten Verankerung digitaler Technologien im Bereich der Pflege nach dem SGB XI für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zahlreiche gesetzliche Anpassungen vorgenommen. Ziel dieser Neuregelungen ist es, dass konkretisierende Empfehlungen zeitnah formuliert, erforderliche Aktualisierungsbedarfe zeitnah umgesetzt, Hersteller bei Bedarf besser beraten und Verfahren beschleunigt werden. Damit soll der Zugang pflegebedürftiger Menschen zu digitalen Technologien in der häuslichen Versorgung zeitnah vereinfacht werden, soweit diese Technologien einen nachweisbaren pflegerischen Nutzen aufweisen.

Zudem hat der GKV-SV die Kriterien angepasst, nach denen insbesondere die Produktgruppe 52 „Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/ Mobilität“ verstärkt auf die verschiedenen Module des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des § 14 SGB XI ausgerichtet wird. Die Veröffentlichung der fortgeschriebenen



Weblink:
<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home/verzeichnis/2aefd212-3609-476f-8651-a4e-02c9136e1>

Produktgruppe im Bundesanzeiger und in der Onlineversion des Hilfsmittelverzeichnisses erfolgte am 14. April 2021. Die Informationen zum Antragsverfahren sind auf den Internetseiten des GKV-Spitzenverbandes verfügbar. Zudem sollen Hersteller zukünftig die Möglichkeit haben, Anträge zur Aufnahme von Produkten in das (Pflege-)Hilfsmittelverzeichnis online stellen zu können.

Forschungsbestrebungen für die Nutzung von Zukunftstechnologien werden auch in Zukunft fortgesetzt

Durch kontinuierliche Forschung ist es möglich, Zukunftstechnologien für die Pflege nutzbar zu machen. Auch hier gibt es verschiedene Bestrebungen der einzelnen Akteure der KAP.

Der GKV-SV hat im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 SGB XI einen **Förderschwerpunkt „Digitalisierung in der Pflege“** eingerichtet, der derzeit umgesetzt wird (siehe hierzu erster Umsetzungsbericht der KAP).



Weblink:
<https://www.interaktive-technologien.de/perspektiven/faktencheck-robotik-in-der-pflege>

Das BMBF veranstaltete im ersten Quartal 2021 zum **Förderschwerpunkt „Robotische Systeme für die Pflege“** ein Vernetzungssymposium sowie ein Doktorandenkolloquium. Ergänzend dazu wurde die Artikelserie „Faktencheck Robotik in der Pflege: Expert:innen kommentieren“ gestartet.

Darüber hinaus wurde ein **Konzept zur Einbettung von KI-Systemen in der Pflege (SoKIP) entwickelt**.

Danach ergeben sich vielfältige Anwendungsbereiche auf verschiedenen Ebenen des pflegerischen Handelns, die einen Beitrag zur Unterstützung der Versorgung leisten können. Neben dem Einsatz von KI in bekannten und datenreichen Settings, wie etwa Intensivstationen, ergeben sich auch Entwicklungschancen für Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und in der informellen Pflege. Darüber hinaus sind auch Einsatzszenarien zur Prävention von Pflegebedürftigkeit, zur Ausbildung von Pflegenden oder zur Steuerung des Versorgungssystems denkbar. Eine Vielzahl von Faktoren, die eine erfolgreiche Technikentwicklung für den Einsatz in der Pflege charakterisieren, sind bekannt und können durch Forschungsprojekte selbst berücksichtigt werden, um Projekte zu einem größeren Erfolg zu verhelfen. Dieses Konzept trägt dafür wichtige Faktoren zusammen und legt sie dar.



Weblink:
[https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4699/4/SoK-IP_Konzept zur Einbettung von KI Systemen in der Pflege.pdf](https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4699/4/SoK-IP_Konzept_zur_Einbettung_von_KI_Systemen_in_der_Pflege.pdf)

Szenarien zur Prävention von Pflegebedürftigkeit, zur Ausbildung von Pflegenden oder zur Steuerung des Versorgungssystems denkbar. Eine Vielzahl von Faktoren, die eine erfolgreiche Technikentwicklung für den Einsatz in der Pflege charakterisieren, sind bekannt und können durch Forschungsprojekte selbst berücksichtigt werden, um Projekte zu einem größeren Erfolg zu verhelfen. Dieses Konzept trägt dafür wichtige Faktoren zusammen und legt sie dar.

Praxisbeispiel

Das BMAS fördert mit dem Projekt Sprint-Doku ein innovatives digitales Dokumentationssystem in der Altenpflege, das für Pflege- und Verwaltungspersonal entwickelt und erprobt wird (siehe hierzu erster Umsetzungsbericht der KAP). Der Abschluss des Projektes ist zum Jahresende 2021 geplant.

Weblink: www.sprint-doku.de



3.3 Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung und an den Schnittstellen zwischen pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung

Die Partner der AG 3 haben es sich in diesem Handlungsfeld mit insgesamt vier Maßnahmen zum Ziel gesetzt, 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.

Was haben die KAP-Partner unternommen?

Ambulante Pflege soll durch eine bessere Koordination vor Ort entlastet werden

In der KAP wurde vereinbart, dass das BMG eine Studie durchführt, um **Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordination des Einsatzes ambulanter Dienste im jeweiligen Versorgungsgebiet** zu identifizieren. Ziel dieser Studie ist neben einer Literaturrecherche zu den Rahmenbedingungen das Herausstellen von bekannten und praktizierten Methoden und Maßnahmen einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege im Rahmen eines multimedialen Handlungsleitfadens (Abschlusspräsentation erfolgt voraussichtlich im zweiten Quartal 2022). Damit können gute Beispiele der Praxis – insbesondere in der Dienst- und Tourenplanung von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten – von weiteren Beteiligten aufgegriffen und eigenständig umgesetzt werden. Auch soll die Studie unter anderem aufzeigen, ob und welche Potentiale zur Effizienzsteigerung sich aus einer verbesserten Koordination von Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI und der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V für die ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen in einem bestimmten Einzugsgebiet ergeben.

Die insgesamt auf 18 Monate angelegte Studie wurde Ende Oktober 2020 an IGES vergeben, ein Zwischenbericht zur Literaturrecherche wurde dem BMG Ende April 2021 vom IGES Institut vorgelegt. Die Ergebnisse des Zwischenberichts verdeutlichen die große Bandbreite an Effizienzpotentialen infolge einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege. Die bereits abgeschlossene Literaturrecherche ergab viele Anhaltspunkte für die Bestätigung eingangs gestellter Annahmen und Fragestellungen. So hat der Einsatz technischer Anwendungen das Potential, in den ambulanten Pflegediensten eine effiziente Touren- und Dienstplanung sowie eine Versorgung über Distanzen hinweg zu ermöglichen und dadurch u. a. Wege- und Fahrzeiten einzusparen und das verfügbare Personal zielgerichteter einzusetzen.

Praxisbeispiel

Mit dem Konzept „Gesundheitsregionen^{plus}“ will Bayern die medizinische Versorgung, die Prävention und die pflegerische Versorgung im Freistaat durch regionale Netzwerke weiter verbessern. Diese sollen auf kommunaler Ebene zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Zu den adressierten Themenfeldern gehören zum Beispiel die Versorgung mit Haus- und Fachärzten, Patienteninformationen, die ambulant-stationäre Zusammenarbeit, die Gewinnung von beruflich Pflegenden als auch Themen im Bereich Bewegungsförderung, Suchtvorbeugung oder Kinder- und Jugendgesundheit. Weitere Themen können entsprechend den lokalen Gegebenheiten aufgegriffen werden. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege fördert die Einrichtung und den Betrieb einer Geschäftsstelle (eine Vollzeitstelle) einer Gesundheitsregion^{plus} mit jährlich maximal 50.000 Euro für bis zu fünf Jahre (Festbetragsfinanzierung). Die Zuwendungsempfänger sollen in der Regel bare Eigenmittel von mindestens 10% einbringen. Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit unterstützt und berät Interessierte bei Fragen zur Antragsstellung.



Weiterführende Informationen unter: <https://www.gesundheitsregionenplus.bayern.de/>

3.4 Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen und Flexibilisierung vertraglicher Gestaltungs- und Vergütungsmöglichkeiten

Die Partner der AG 3 der KAP sehen eine Möglichkeit, dem künftigen Personalbedarf in der Versorgung von Pflegebedürftigen dadurch zu begegnen, die Angebotsstrukturen für Pflegebedürftige durch geeignete Angebote zu erweitern. Dadurch sollen auch berufliche Pflegenden entlastet werden.

Was haben die KAP-Partner unternommen?



Weblinks:

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Thuesing_Teil_1_-_Rechtskonforme_Betreuung_in_den_eigenen_vier_Waenden.pdf

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Prof_Thu_sing_Ha_usliche_24_h_Betreuung_durch_Selbst_aendige_barr.pdf

Rechtliche Rahmenbedingungen für sogenannte 24-Stunden-Betreuung wurden überprüft

Eine nicht unerhebliche Zahl der Haushalte von Pflegebedürftigen gestaltet die Versorgung der Betroffenen unter Zuhilfenahme einer sogenannten 24-Stunden-Betreuung. Nicht immer ist hier die Gestaltung der Versorgung zufriedenstellend gelöst und nicht alle privaten Arbeitsverhältnisse werden entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen gestaltet.

Das BMG hat daher Prof. Dr. Gregor Thüsing, LL.M. (Harvard), Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit, Universität Bonn, mit einer entsprechenden Prüfung beauftragt. Das Rechtsgutachten¹¹ liegt in zwei Teilen vor.

Zu den relevanten Ergebnissen des Gutachtens zählen folgende Punkte:


- In dem Gutachten von Prof. Thüsing wird ausgeführt, dass eine sogenannte 24-Stunden-Betreuung grundsätzlich in abhängiger Beschäftigung oder in selbständiger Erwerbstätigkeit erbracht werden kann. Er regt an, die Abgrenzung durch einen klaren Kriterienkatalog zu erleichtern und selbständige Betreuungspersonen durch sozial- und arbeitsrechtliche Regelungen zu schützen.

- Nach dem Gutachten ist ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht mit dem Arbeitszeitgesetz vereinbar.
- Welche rechtlichen Regelungen für die Betreuungsperson gelten, hängt vom jeweiligen Betreuungsmodell ab, wobei zwingende Arbeitnehmerschutzvorschriften in allen Betreuungsmodellen gelten, in denen Betreuungspersonen nicht selbständig tätig sind.
- Das österreichische Recht zum Schutz von Betreuungskräften löse das Kernproblem nicht, wie eine sogenannte 24-Stunden-Betreuung von Personen in abhängiger Beschäftigung erbracht werden kann.

Das Bundesarbeitsgericht hat am 24. Juni 2021 eine Entscheidung in einem Fall einer sogenannten 24-Stunden-Betreuungskraft in abhängiger Beschäftigung gefällt. Die Urteilsgründe der Entscheidung liegen noch nicht vor. Eine Prüfung, welche Schlussfolgerungen aus der Urteilsbegründung zu ziehen sind und welcher gesetzliche Umsetzungsbedarf sich hieraus gegebenenfalls ergibt, muss aufgrund der vielfältigen Aspekte, die mit der Thematik der Unterstützungs- bzw. Betreuungsleistungen bei einer Unterbringung im Haushalt der betreuungsbedürftigen Person verknüpft sind, durch mehrere Ressorts erfolgen.

Möglichkeiten der besseren Zusammenarbeit von Pflege und Hauswirtschaft werden überprüft

Eine gute Versorgung von Pflegebedürftigen erfordert den Beitrag vieler Berufsgruppen. Hauswirtschaftskräfte verfügen über spezifische Kompetenzen, die sie in Bezug auf eine hauswirtschaftliche Versorgung von Pflegebedürftigen einbringen können. Bisher wurde die Hauswirtschaft noch selten in ihrer Rolle als eigenständiger Beitrag zur pflegerischen Versorgung untersucht. Daher haben der Deutsche Hauswirtschaftsrat (DHWiR), der DPR und das BMG auf der Grundlage von konzeptionellen Vorarbeiten des DPR und DHWiR („Anforderungen, Leistungen und Qualifikationen von Hauswirtschaft und Pflege in unterschiedlichen Settings“) verschiedene Möglichkeiten erörtert, wie hauswirtschaftliche Fachkräfte noch besser in die hauswirtschaftliche Versorgung von Pflegebedürftigen einbezogen werden können. Die Ergebnisse der Vorarbeiten wurden von den beteiligten Verbänden veröffentlicht.



Weblink:
https://www.hauswirtschaftsrat.de/download/2020-11-26-Broschuere_Anforderungen-Leistungen-und-Qualifikationen-von-Hauswirtschaft-und-Pflege.pdf

In den Beratungen wurde deutlich, dass die Frage, wie hauswirtschaftliche Kompetenzen in die hauswirtschaftliche Versorgung von Pflegebedürftigen verstärkt eingebunden werden können, einer weitergehenden fachlichen Beratung und Fundierung bedarf. Geplant ist, zu der Frage einen gemeinsamen Workshop durchzuführen. Darüber hinaus ist die Fragestellung auch im Kontext der in den nächsten Jahren laufenden Weiterentwicklung des sog. Algorithmus 1.0 aus dem Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen zu sehen. In diesem Zusammenhang soll auch die Einbeziehung der Hauswirtschaft systematisch mit untersucht werden.



Pflegekräfte aus dem Ausland

Arbeitsgruppe 4

4. Arbeitsgruppe 4 „Pflegerkräfte aus dem Ausland“

4.1 Ausgangslage

Bei dem hier vorgelegten 2. Umsetzungsbericht zu den Maßnahmen der AG 4 handelt es sich um einen Fortschrittsbericht. Details können im 1. Umsetzungsbericht nachgelesen werden.

Ein über die Möglichkeiten im Inland und europäischen Ausland hinausgehender Bedarf an Pflegefachkräften soll durch Pflegefachkräfte aus Drittstaaten gedeckt werden. Die Gewinnung von Pflegefachkräften aus Drittstaaten ist angesichts des Fachkräftemangels eine zusätzliche Möglichkeit für die Gesundheitseinrichtungen, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, offene Stellen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung zu besetzen. Die Maßnahmen sollen die Rahmenbedingungen so verbessern, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens bestmöglich dabei unterstützt werden, Pflegefachkräfte aus dem Ausland gewinnen zu können. Die Vorgaben des „Globalen Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Internationale Anwerbung von Gesundheitskräften“ werden beachtet.

Die Beschleunigung der erforderlichen administrativen Verfahren im In- und Ausland (bspw. das Visumverfahren, der Bescheid über die teilweise oder vollständige berufliche Anerkennung sowie die Erteilung der Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis) gehört zu den notwendigen Verbesserungen, die zu erreichen sind. Dem Schutz der Pflegefachkräfte sowie der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen dienen Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz und der Sicherheit („Gütesiegel“) wie auch Maßnahmen zur beruflichen, fachlichen und sozialen Integration der Pflegefachkräfte.

Den Vorsitz der AG 4 hat das BMG, den Ko-Vorsitz das BMAS. Die Liste der Mitglieder der AG 4 findet sich im Anhang II 4.

4.2 Module in Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

4.2.1 Gütesiegel und Förderung eines betrieblichen Integrationsmanagements – Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF)

Ziel der Einführung des Gütesiegels für die Anwerbung durch Unternehmen der privaten Personalvermittlung und eigenorganisiert anwerbende Einrichtungen im Gesundheitswesen ist es, die Pflegefachkräfte aus Drittstaaten bei der Anwerbung im Herkunftsland und nach Ankunft in Deutschland zu schützen, eine ethische hochwertige Anwerbung zu sichern sowie Transparenz, Qualität und Verlässlichkeit der Personalgewinnung für alle beteiligten Akteure sicher zu stellen. Das Gütesiegel ist ein Angebot an alle Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und Unternehmen der privaten Personalvermittlung, die Pflegefachkräfte im Ausland ohne Beteiligung der BA gewinnen. Voraussetzungen für die Erteilung des Gütesiegels wie ein einheitliches Erteilungsverfahren werden entwickelt. Die Teilnahme ist freiwillig.

Das DKF – gefördert vom BMG – hat mit dem bei ihm eingerichteten Beirat für die Erteilung ein Prüfschema entwickelt. Dessen Praktikabilität in der praktischen Umsetzung wird zunächst erprobt.

Das DKF unterstützt auch die Förderung einer **Willkommenskultur sowie die Entwicklung von Maßnahmen zum betrieblichen Integrationsmanagement**: So wurden in Abstimmung mit dem Beirat zwölf

Anforderungsfelder definiert, die in einem betrieblichen Integrationsmanagement aufgegriffen werden sollen (DKF Pilotstandards). Sie reichen von Integrationsmanagement, Vorbereitung der Einreise, Ankunft & Empfang durch den Arbeitgeber, Wohnen & Mobilität, Willkommensmentoring, Vorbereitung des Teams, Konfliktmanagement, gesellschaftspolitische Bildung bis zu Umgang mit Kündigung und Abwerbung. Die Pilotstandards sind die Basis, auf der weitere Entwicklungen erfolgen.

Um den Herausforderungen der **sozialen, fachlichen und betrieblichen Integration** zu begegnen, hat das DKF einen „Werkzeugkoffer Willkommenskultur & Integration“ für Arbeitgeber entwickelt, der praxisnah und verständlich Unterstützung in den jeweiligen Anforderungsfeldern bietet, die sich aus den DKF Pilotstandards ergeben.

Der Werkzeugkoffer wird als Online-Angebot kontinuierlich weiter auf- und ausgebaut und bildet zunehmend mehr Beispiele guter Praxis ab. So wird mit der Otto Benecke Stiftung (OBS) ein Beitrag zum Gesamtangebot der Integrationsmaßnahmen entwickelt.

4.2.2 Anträge auf Visum, Berufsanerkennung, Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis – Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa)

Die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa) übernimmt als spezialisierte Verwaltungsdienstleisterin die Antragsverfahren, insbesondere im beschleunigten Fachkräfteverfahren des Aufenthaltsgesetzes, und begleitet diese bis zur Bescheiderteilung nach Maßgabe einer entsprechenden Beauftragung und Vollmachtserteilung. So kann die Einreise der Pflegefachkräfte zügiger erfolgen. Die DeFa hat mit fast allen Bundesländern Vereinbarungen zur Nutzung des beschleunigten Fachkräfteverfahrens geschlossen, bzw. befindet sich in Verhandlungen zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen. Trotz der Auswirkungen der Pandemie steigt die Zahl der Verträge und der Antragsvorbereitungen bei der DeFa kontinuierlich. Allerdings sind Einreisen von Pflegekräften der DeFa-Kunden (Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen) derzeit pandemiebedingt erschwert.

Die DeFa vermittelt keine Pflegefachkräfte aus dem Ausland; sie unterstützt Einrichtungen und Unternehmen der privaten Personalvermittlung diskriminierungsfrei und wettbewerbsneutral im Rahmen der Verwaltungsverfahren. Die DeFa und das DKF kooperieren und arbeiten verzahnt.

4.2.3 Anerkennung der ausländischen Berufsabschlüsse von internationalen Pflegefachkräften – Erstellung von Länderberichten und Mustergutachten – Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG)

Das BMG hat der GfG den Auftrag erteilt, Länderberichte und Mustergutachten für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse für das gesamte Berufsfeld „Pflege“ aus bestimmten Herkunftsstaaten zu erstellen; der Fokus liegt auftragsgemäß insbesondere auf der Kranken- und Altenpflege. Die Mustergutachten enthalten die wesentlichen Unterschiede der ausländischen Ausbildung zur deutschen Ausbildung. Der Nachqualifizierungsbedarf wird dargestellt, um den Behörden einen schnellen Überblick zu ermöglichen. Das Vorgehen ist sowohl mit den Bundesländern als auch mit dem eigens eingerichteten Beirat, dem neben den Bundesländern und Vertretungen der beteiligten Bundesressorts auch weitere relevante Akteure angehören, abgestimmt.

Die erbetenen Rückmeldungen zu den Mustergutachten sind positiv. Der Bitte einiger Behörden nach einer Bewertung der Abschlüsse im Hinblick auf die formale Vergleichbarkeit ihres akademischen Niveaus im Zusammenhang mit § 1 Absatz 1 Satz 2 des PflBG wurde nachgekommen.

Mittlerweile sind sowohl ausführliche Länderberichte als auch jeweils mehrere Gutachten zu Universitätsabschlüssen aus den Philippinen, Brasilien, Mexiko, Indonesien, Indien, Jordanien, Tunesien, Bosnien-Herzegowina, Albanien, Serbien, Kosovo und Vietnam in der Datenbank anabin hochgeladen. Weitere Ausbildungen aus den genannten Staaten sowie aus weiteren Staaten befinden sich in der Begutachtung.

4.2.4 Integrierte Ausgleichsmaßnahme für die Anerkennung von Pflegefachkraftabschlüssen (INGA-Pflege) Philippinen – Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (HTW Saar), Institut für Gesellschaftliche Integration und Migration (GIM) unter Koordination des Deutschen Kompetenzzentrums für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF)

Das BMG hat das GIM beauftragt, ein Pilotkonzept einer betriebsintegrierten Ausgleichsmaßnahme mit integrierter, pflegefachbezogener Sprachförderung für philippinische Pflegefachkräfte zu entwickeln. Ziel ist eine Ausweitung von Angeboten an Ausgleichsmaßnahmen für ausländische Pflegefachkräfte sowie eine Verminderung des erheblichen Aufwandes zur Erstellung von Curricula zur Nachqualifizierung ausländischer Pflegefachkräfte. Darüber hinaus wurden Handreichungen zur leichten Durchführbarkeit für beteiligte Akteure, u. a. Praxisanleitungen, Pflegepädagoginnen und -pädagogen sowie Sprachdozierende, entworfen.

Das DKF koordiniert die Abstimmung mit den zuständigen Stellen der Bundesländer und begleitet die durchführenden Pflege- und Gesundheitsunternehmen prozessübergreifend von der Vorbereitung bis zur Evaluation von INGA-Pflege. Es unterstützt die Einrichtungen des Gesundheitswesens bei der Vernetzung mit relevanten Akteurinnen und Akteuren im Bereich der Anerkennung. Gleichzeitig gibt das DKF bei Bedarf Impulse zu Themen der Willkommenskultur und Integration sowie konkrete Anregungen zur (Weiter-)Entwicklung eines betrieblichen Integrationsmanagements.

Einer konkreten Pilotierung wurde von verschiedenen Bundesländern zugestimmt. Das Pilotprojekt wird dabei durch den Beirat beim DKF begleitet, in dem Expertinnen und Experten aus Bund und Bundesländern sowie der Fachkreise vertreten sind. Pandemiebedingt beginnt die Erprobung 2021.

Um die Implementierung des Pilotkonzepts zu unterstützen, wird seit Herbst 2020 eine Kooperation mit dem vom BMAS geförderten Netzwerk „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) aufgebaut, welches seit 2015 Anerkennungs- und Qualifizierungsberatungen und Qualifizierungen im Kontext des Anerkennungsgesetzes in allen Bundesländern aufgebaut hat. Die Kooperation soll im Sommer 2021 auf weitere Bundesländer ausgedehnt werden.

4.2.5 Aufbau unmittelbar in Deutschland anerkennungsfähiger Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte in ausgewählten Drittstaaten – Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) – Global Skills Partnership

Das BMG hat die GIZ mit dem Aufbau und der Etablierung von unmittelbar anerkennungsfähigen pflegerischen Qualifikationen entsprechend den deutschen Anforderungen inkl. Erwerb von deutschen Sprachkenntnissen auf einem geeigneten Sprachniveau (mindestens B 1) einschließlich der erforderlichen fachsprachlichen Kenntnisse beauftragt. Dieser Auftrag bezieht sich auf die Länder Philippinen, Mexiko und Brasilien.

Die Teilnehmenden von den Philippinen (erste Gruppe 24 Personen) und aus Mexiko (79 Personen) wurden bereits ausgewählt. Die Sprachqualifizierung auf den Philippinen hat zu Jahresbeginn 2021 begonnen, in Mexiko im zweiten Quartal 2021. Fachpartner der GIZ für die Länder Philippinen und Mexiko ist auf deut-

scher Seite das Universitätsklinikum Bonn, das in Abstimmung mit der GfG unter Berücksichtigung der Mustergutachten die Qualifizierungsmaßnahmen mit den ausländischen Partnern begleitet. Die Kontaktaufnahme und Information zu Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen, als zukünftige Arbeitgeber der Pflegepersonen, ist erfolgt. Hier erfolgen aktuell Absprachen und Vereinbarungen über notwendige Umsetzungsschritte.

4.3 Federführung für und Umsetzung von verschiedenen Maßnahmen durch weitere Bundesministerien

4.3.1 Fachkräfteeinwanderungsgesetz

Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz ist am 1. März 2020 in Kraft getreten. Die Änderungen des Aufenthaltsgesetzes durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz sehen auch Verfahrensvereinfachungen durch eine Bündelung der Zuständigkeiten bei zentralen Ausländerbehörden und sogenannte beschleunigte Fachkräfteverfahren vor. Das beschleunigte Fachkräfteverfahren erlaubt es seit 1. März 2020, das Zuwanderungsverfahren auf Initiative eines Arbeitgebers bei der zuständigen Ausländerbehörde mit absehbaren, planungssicheren Fristen aus dem Inland zu betreiben. Zu den weiteren wesentlichen Neuerungen, die auch in den Pflegeberufen Wirkung entfalten, gehören:

- ein einheitlicher Fachkräftebegriff, der Hochschulabsolventen und Beschäftigte mit qualifizierter Berufsausbildung umfasst,
- der Verzicht auf eine Vorrangprüfung bei anerkannter Qualifikation und Arbeitsvertrag bzw. konkretem Arbeitsplatzangebot,
- die Möglichkeit für Fachkräfte mit qualifizierter Berufsausbildung entsprechend der bestehenden Regelung für Hochschulabsolventen für eine befristete Zeit zur Arbeitsplatzsuche nach Deutschland zu kommen (Voraussetzung: deutsche Sprachkenntnisse und Lebensunterhaltssicherung), und
- verbesserte Möglichkeiten zum Aufenthalt zur Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen im Inland mit dem Ziel der Anerkennung von beruflichen Qualifikationen.

4.3.2 Strategie zur Fachkräftegewinnung

Die „Strategie zur gezielten Gewinnung von Fachkräften aus Drittstaaten (Fachkräftegewinnungs-Strategie)“ wird konsequent umgesetzt.

Die Dachmarke „Make it in Germany“

- berücksichtigt den Bereich „Pflege“: Das Portal enthält umfassende Informationen für ausländische Fachkräfte im Pflegebereich, insbesondere Informationen zum Berufsbild, zur Pflegeausbildung in Deutschland und zum Einwanderungsprozess sowie ein Testimonial-Video.
- Die Werbekampagne zur Fachkräfteeinwanderung wurde pandemiebedingt nicht umgesetzt. Werbemaßnahmen wurden Ende 2020 wieder aufgenommen, jedoch zunächst nur für IT-Berufe.

- Zukünftig können Werbemaßnahmen aber wieder durchgeführt werden.
- Die Leistungen von „Make it in Germany“ wurden ausgebaut (weitere Landingpages, z. B. Mexiko, sowie Online-Workshops für ausländische Fachkräfte).

4.3.3 Potenzialanalyse für die Fachkräftegewinnung in Drittstaaten durch die BA

Die BA führt seit 2019 eine Potenzialanalyse zur Identifikation von Fokusbändern für die Fachkräftegewinnung in Drittstaaten durch. Es finden sich in diversen Drittstaaten Berufsabschlüsse im Pflegebereich, die für eine (teilweise) Anerkennung oder zumindest verkürzte Ausbildung in Deutschland in Frage kommen dürften.

Dazu gehört neben Brasilien, Mexiko und den Philippinen sowie den bestehenden Partnerländern im Rahmen des von der BA gemeinsam mit der GIZ umgesetzten Vorhabens Triple Win zur Fachkräftegewinnung in der Pflege (Bosnien-Herzegowina, Philippinen, Tunesien) seit der letzten Berichtslegung zusätzlich Marokko.

Die o. g. Erkenntnisse wurden bereits im Rahmen von Anwerbeaktivitäten/Projekten der BA für verschiedene Länder verifiziert. Mit El Salvador und Vietnam werden zudem Vorhaben zur Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege umgesetzt. Neu hinzugekommen sind Planungen für weitere Pilotprojekte, Absprachen und Vorhaben in Indien (Bundesstaat Kerala).

Die Ergebnisse der Potenzialanalyse sind die Grundlage für die Verhandlung bilateraler Vermittlungsabsprachen durch die BA (§ 16d Abs. 4 AufenthG).

4.3.4 Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung (ZSBA)

Die ZSBA ist bei der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der BA in Bonn angesiedelt und wird vom BMBF als Modellvorhaben zunächst für eine Phase von vier Jahren (2020 bis 2023) mit bis zu 3,5 Mio. Euro pro Jahr gefördert. Die ZSBA hat am 1. Februar 2020 ihre operative Arbeit aufgenommen. Durch die ZSBA wird in folgenden Sprachen die Beratung der Anerkennungssuchenden mit Wohnsitz im Ausland vorgenommen: Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Mazedonisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch.

Begleitend zur Einrichtung der ZSBA hat der Bund, unter Federführung des BMBF mit Beteiligung des BMAS und der BA, mit jedem Bundesland eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen wurde durch zahlreiche weitere konkrete Absprachen geregelt.

Die ZSBA ist gut gerüstet für die Beratung der internationalen Kundinnen und Kunden und setzt ihre begonnene Arbeit in 2021 fort. Trotz der weltweiten Einschränkungen durch die COVID 19-Pandemie ist das Anfrageaufkommen fortlaufend steigend. Zum Stichtag am 31. März 2021 befanden sich rund 1.920 Kundinnen und Kunden in der Begleitung der Zentralen Servicestelle Berufsanerkennung. Mit Stand 31. März 2021 waren es rund 1.900. Hauptherkunftsländer sind die Türkei, die Arabische Republik Syrien und die Islamische Republik Iran. Darüber hinaus zeigen sich auch zunehmend die Erfolge der bisherigen Beratungsarbeit, indem für von der ZSBA betreute Kundinnen und Kunden mittlerweile 120 Bescheide auf Vollanerkennung sowie 110 Teilanerkennungsbescheide erreicht werden konnten. Auch wurden zum Stichtag 31. März 2021 bereits 21 Voll- und Teilanerkennungsbescheide erreicht.

4.3.5 Spracherwerb im Ausland

Die Goethe-Institute bemühen sich an allen Standorten, Prüfungstermine unter Einhaltung der jeweils vor Ort gültigen Hygiene- und Sicherheitsvorschriften anzubieten und auch Rückstau abzarbeiten. Da sich die epidemiologische Situation im Kontext der Corona-Pandemie jedoch sehr dynamisch und heterogen entwickelt, sind allgemeingültige Aussagen dazu derzeit nicht möglich. Lokale Kampagnen zur Rekrutierung von Deutschlehrkräften wurden aufgenommen; wegen der Corona-Pandemie pausieren sie zum Teil oder werden konzeptionell weiterentwickelt. In den Programmen der Bildungskoooperation Deutsch des Goethe-Instituts werden verstärkt Perspektiven in der dualen Ausbildung und insbesondere in Mangelberufen wie der Pflege thematisiert. Die Zuwanderungsinteressierten werden an den Goethe-Instituten und deren Partnerorganisationen bereits seit über zehn Jahren im Heimatland parallel zum Sprachkurs systematisch auf die Migrationserfahrung und das Alltags- und Arbeitsleben in Deutschland vorbereitet.

4.3.6 Deutschsprachförderung im Inland

Mit den vom BMAS finanzierten Berufssprachkursen steht im Inland für zuwandernde Pflegefachkräfte ein bundesweit etabliertes und quantitativ ausreichendes Sprachförderangebot des Bundes zur Verfügung. Für seine Finanzierung stellt das BMAS in diesem Jahr 355 Mio. Euro bereit. Mit dem Inkrafttreten des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes wurde die berufsbezogene Deutschsprachförderung auch für Personen aus Drittstaaten geöffnet, 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 und hierzu in Deutschland einen Berufssprachkurs aufnehmen wollen.

4.3.7 Gewinnung von jungen Menschen aus Drittstaaten zur Ausbildung in Deutschland zur Pflegefachkraft

Die BA ist aktuell bereits in Vietnam (gemeinsam mit der GIZ unter dem Dach des Programms Triple Win) und seit 2019 auch in El Salvador in Kooperation mit den staatlichen Partnern in der Gewinnung von Auszubildenden für die Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege aktiv.

Zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen im Handlungsfeld VI „Ausbildung in Deutschland“ hat das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) eine Studie „Kriterien zur Analyse von Drittstaaten zur Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege in Deutschland“ durchgeführt. Ergebnis ist ein Bericht und separate praktische Handlungsempfehlungen für Politik, Arbeitsverwaltung und Pflegebranche mit Kriterienkatalog, Länderranking und praktischen Hinweisen auf Datenquellen und hilfreiche Webseiten. Die Studie hat zum Ziel, praktikable Lösungsansätze zur Auswahl geeigneter Länder für die gezielte Anwerbung junger Menschen für die Pflegeausbildung in Deutschland zu entwickeln und konkrete Handlungsempfehlungen für Politik, Arbeitsverwaltung und Pflegebranche zu erarbeiten.

Weblink:

<https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/kriterien-zur-analyse-von-drittstaaten-zur-gewinnung-von-auszubildenden-fuer-die-pflege.html>

Mit den Modellprojekten „Ausbildung junger Menschen aus Vietnam in Deutschland zu Pflegefachkräften“ hat das BMWi bereits 2012 (Altenpflege) und 2016 (Krankenpflege) die Initiative ergriffen. Ziel der Modellprojekte war es, Hindernisse bei der Rekrutierung von Menschen aus Drittstaaten zur Ausbildung in der Pflege zu ermitteln und diese zu überwinden. Die BMWi-Modellprojekte haben der Pflegebranche einen umsetzbaren Weg aufgezeigt, wie sie ausländische Auszubildende eigenständig anwerben und erfolgreich



Weblink:

<https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/E/evaluation-modellprojekt-gewinnung-pflegekraefte-vietnam.pdf>

ausbilden und nach Ausbildungsende zukunftsgerecht in die Einrichtung integrieren können. Mit den gewonnenen Erkenntnissen kann die Pflegewirtschaft selbständig eigene Kooperationen zur Gewinnung von Auszubildenden aus Vietnam eingehen. Eine Kurzfassung der Evaluation ist unter dem angegebenen Weblink zu finden.



Weblink:

<https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/leitfaden-auszubildende-aus-drittstaaten-fuer-die-pflege.html>

Im Rahmen der Evaluation ist auch ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen entstanden. Dieser gibt konkrete und praxisnahe Handlungsempfehlungen zur Gewinnung von jungen Menschen aus Drittstaaten für die Ausbildung in Deutschland und steht auf der BMWi-Website zum Download zur Verfügung.



Entlohnungs- bedingungen in der Pflege

Arbeitsgruppe 5

5. Arbeitsgruppe 5 „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“

Den Vorsitz der AG 5 hat das BMAS, den Ko-Vorsitz das BMG. Die Liste der Mitglieder der AG 5 findet sich im Anhang II 5.

Bei der aktuellen Entwicklung der Löhne und Gehälter in der Altenpflege zeigt sich grundsätzlich ein positiver Trend: Die mittleren Bruttoentgelte (Median) für in Vollzeit tätige Fachkräfte in der Altenpflege (gem. Berufsgruppe 821 „Altenpflege“ der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010) sind nach Angaben der Statistik der Bundesagentur für Arbeit von Beginn der Legislaturperiode bis 2020 um 15,6% auf durchschnittlich 3.176 Euro pro Monat gestiegen. Der Median der Bruttoentgelte für in Vollzeit tätige Fachkräfte in der Berufsgruppe 813 „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ der KldB 2010 sind von Beginn der Legislaturperiode bis 2020 um 9,8% auf 3.638 Euro pro Monat gestiegen. Auch die monatlichen Bruttoentgelte von Pflegehilfskräften sind in diesem Zeitraum in jeweils vergleichbarem Umfang gestiegen, wenn auch auf niedrigerem Niveau.¹⁵ Damit ist in diesem Zeitraum der Anstieg der Bruttoentgelte in Berufen der Alten- Gesundheits- und Krankenpflege deutlich stärker ausgefallen als in der Gesamtwirtschaft mit einem Anstieg von insgesamt 6,8% über alle Berufe. Aus den o.g. Beträgen wird deutlich, dass in Vollzeit tätige Fachkräfte in der Altenpflege im Schnitt 462 Euro pro Monat weniger als in der Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe verdienen. Vorliegende Studien – dies deckt sich mit den Zwischenergebnissen der vom BMG in Auftrag gegebene Arbeitsplatzstudie (siehe Abschnitt 2, S. 44 ff.) – 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. Um die Attraktivität des Pflegeberufs weiter zu stärken, war und ist Ziel der Partner der AG 5 der KAP die Verbesserung der Entlohnungsbedingungen in der Altenpflege. Dabei hat eine Mehrheit der AG 5 die Festlegung von Lohnuntergrenzen und weiterer Mindestarbeitsbedingungen durch Erstreckung eines Tarifvertrags auf Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes (AEntG) befürwortet.

Mit dem Pflegelöhneverbesserungsgesetz wurde der tarifvertragliche Ansatz im Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) ausgestaltet (vgl. § 7a AEntG). Das AEntG sieht nunmehr vor, dass vor einer Antragstellung zur Erstreckung eines Tarifvertrags in der Pflege, kirchliche Kommissionen zu dem geplanten Tarifinhalt angehört werden müssen. Ist eine Erstreckung auf Grundlage des AEntG beabsichtigt, bedarf die Antragstellung der Tarifvertragsparteien der Zustimmung von mindestens zwei der angehörten Kommissionen. Die Gewerkschaft ver.di und die Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche haben einen Tarifvertrag über Mindestarbeitsbedingungen für die Altenpflege geschlossen. Zu den Tarifinhalten wurden zwei kirchliche Kommissionen angehört. Da die für die Durchführung des Verfahrens erforderliche Zustimmung der beiden kirchlichen Kommissionen nicht vorlag, konnte das Verordnungsverfahren zur Erstreckung der tarifvertraglichen Regelungen allerdings nicht in Gang gesetzt werden.

Ungeachtet dessen besteht innerhalb der Bundesregierung Einigkeit darüber, dass in der Altenpflege die Entlohnung nach Tarif gestärkt werden soll. So formuliert es auch der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom 7. Februar 2018. Daher hat die Bundesregierung am 2. Juni 2021 Änderungsanträge zum GVWG beschlossen, die nach Verabschiedung durch den Deutschen Bundestag und Billigung des Bundesrats in wesentlichen Teilen am 20. Juli 2021 in Kraft getreten sind.

¹⁵ Zu berücksichtigen ist allerdings, dass sich die Analysen, die den obigen Angaben zugrunde liegen, aus methodischen Gründen nur auf die Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) beschränken – wobei nach der Pflegestatistik weniger als ein Drittel der Beschäftigten in der Altenpflege in Vollzeit arbeitet. Die Bruttoentgelte von Teilzeitbeschäftigten in der Pflege fallen geringer als in den obigen Werten angegeben aus.

Im GVWG ist geregelt, dass eine Pflegeeinrichtung, um als solche zugelassen zu sein, ab dem 1. September 2022 entweder selbst tarifgebunden sein oder – wenn sie das nicht ist – ihre Pflege- und Betreuungskräfte mindestens in Höhe eines in der Region anwendbaren Pflege-Tarifvertrags entlohnen muss. Welchen Pflege-Tarifvertrag eine nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtung der Entlohnung ihrer Pflege- und Betreuungskräfte zugrunde legt, liegt bei ihr. Kirchliche Arbeitsrechtsregelungen werden in der neuen Regelung wie Tarifverträge behandelt. So kann sich die Entlohnung der Pflege- und Betreuungskräfte auch nach einer regional anwendbaren kirchlichen Arbeitsrechtsregelung richten, z. B. der Caritas oder der Diakonie.

Wie bisher kann die Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bei tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen bei der Vereinbarung der Pflegevergütung mit den Kostenträgern gegenüber der Pflegeeinrichtung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Dies gilt grundsätzlich auch bei nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen bei einer zu Grunde gelegten Entlohnung ihrer Pflege- und Betreuungskräfte in Tariffhöhe. Dabei wird das durchschnittliche tarifliche Entgeltniveau im Pflegebereich in der Region, in der die betreffende Einrichtung betrieben wird, als Vergleichswert herangezogen. Eine Entlohnung von bis zu 10% über diesem Durchschnitt kann in den Verhandlungen über die Pflegevergütung mit den Kostenträgern gegenüber der Pflegeeinrichtung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Für die Anerkennung einer darüber hinaus gehenden Entlohnung bedarf es dabei eines sachlichen Grundes. Sachliche Gründe können z. B. eine bereits vorliegende Vergütungsvereinbarung auf Basis an die Mitarbeiter gezahlter, höherer Löhne, eine übertarifliche Entlohnung von Leitungs- und Führungskräften oder die Notwendigkeit – auch angesichts des Fachkräftemangels – in der Region wettbewerbsfähige Löhne zu zahlen, sein. Damit ist eine Finanzierung der entsprechenden Aufwendungen sichergestellt. Zur als wirtschaftlich geltenden Entlohnung bei der Pflegevergütungsvereinbarung mit den Kostenträgern gehören – so hat es der Gesetzgeber in der Begründung zum Gesetz klargestellt – auch Lohnnebenkosten, insbesondere die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber.

Weiterhin unverändert gilt die Regelung des Pflegeversicherungsrechts, dass eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos im Rahmen einer leistungsgerechten Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen ist. Damit wird ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in der Pflegeversicherung eine nachhaltige Finanzierungsperspektive gegeben, und auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bleiben für sie weiterhin attraktiv, um eine gute flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Entgelte aus dem jeweiligen Pflege-Tarifvertrag, den sie bei der Vereinbarung ihrer Pflegevergütung mit den Kostenträgern zu Grunde gelegt haben, an ihre Pflege- und Betreuungskräfte zu zahlen. Dass das für das vereinbarte Personal auch tatsächlich erfolgt, muss gegenüber der Pflegekasse auch weiterhin jederzeit nachweisbar sein. In einer begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung wird u. a. überprüft, welche Auswirkungen die neue Regelung auf die Löhne der Pflege- und Betreuungskräfte hat.

Mit diesen Regelungen wird der Zielsetzung des Koalitionsvertrags Rechnung getragen, die Entlohnung nach Tarif in der Altenpflege zu stärken und Tarifverträge flächendeckend zur Anwendung zu bringen. Damit wird für Pflegeeinrichtungen die Grundlage für eine bessere Entlohnung ihrer Pflegekräfte nachhaltig gestärkt. Zugleich wird die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert, damit sich auch in Zukunft genügend Menschen für diesen Beruf entscheiden.

Die Partner der AG 5 der KAP haben zum Ausdruck gebracht, dass Pflegebedürftige und ihre Familien auch angesichts des Ziels höherer Löhne und besserer Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte vor einer Überforderung bei den Eigenanteilen in der Pflege zu schützen sind. Auch durch die Tarifbindung würden die Eigenanteile der Pflegebedürftigen ohne entsprechende Maßnahmen mittelfristig steigen. Die nach der Zeit gestaffelte prozentuale Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils ab dem kommenden Jahr 2022 wirkt dem entgegen. Alle Pflegebedürftigen, die in einem stationären Pflegeheim versorgt werden, werden künftig bereits ab dem ersten Monat um 5 % durch einen Zuschlag der Pflegeversicherung entlastet. Nach 12 Monaten vollstationärer Pflege wird eine Entlastung von 25 %, nach 24 Monaten vollstationärer Pflege von 45 % und nach 36 Monaten vollstationärer Pflege von 70 % greifen. Diese Zuschläge werden zusätzlich zu dem nach Pflegegraden differenzierten Leistungsbetrag gezahlt und berücksichtigen somit auch die finanzielle Wirkung einer Tarifbindung.

Neben den neuen Regelungen zur tariflichen Entlohnung in der sozialen Pflegeversicherung gelten auch weiterhin insbesondere die Regelungen der Vierten Pflegearbeitsbedingungenverordnung (vgl. hierzu die entsprechenden Ausführungen im ersten KAP-Umsetzungsbericht).

Derzeit läuft das Verfahren zur Einrichtung der fünften Pflegekommission. Aufgabe dieser Kommission wird es sein, die Regelungen für eine Anschlussverordnung zur derzeit geltenden Vierten Pflegearbeitsbedingungenverordnung zu erarbeiten. Am 18. März 2021 wurde die Aufforderung zur Abgabe von Besetzungsvorschlägen im Bundesanzeiger veröffentlicht. Nach dieser Veröffentlichung hatten die vorschlagsberechtigten Kreise sechs Wochen Zeit, Vorschläge für die Besetzung der acht Plätze in der Kommission (zuzüglich Stellvertreter) einzureichen. Zum Zeitpunkt der Endredaktion dieses Berichts dauert das Besetzungsverfahren noch an.

Anhang

Anhang I Mitglieder Dachgremium

Anhang II Mitglieder der Arbeitsgruppen 1 bis 5

Anhang I

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)

Anhang II 1

Mitglieder der Arbeitsgruppe 1

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

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V

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

Deutsches Rotes Kreuz 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

Anhang II 2

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

Anhang II 3

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

Anhang II 4

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 Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

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)

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

Anhang II 5

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

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: August 2021, 1. Auflage

Gestaltung Logo KAP: www.zweiband.de

Gestaltung Broschüre: substance® identity | www.substance-id.com

Druck: Druckerei J. Humburg GmbH Berlin | www.hmg.de

