

VORBEREITUNGSANFORDERUNG

Bitte um Vorbereitung für Herrn Minister Jens Spahn

Bitte unbedingt beachten:



Termin
14.05.2018

41
P. Na
2614

Es ist sicherzustellen, dass die Vorbereitung bis zum o.a. Termin bei L 1 a.d.D. eingeht, parallel per Mail an L1@bmg.bund.de

**Art und Ziel des Termins: Gespräch mit Steffen Kampeter,
Thema Pflegebranche/Allgemeinverbindlichkeit, am 16.
Mai 2018**

Ort: BMG, Berlin

An: ALin 4 per E-Mail

Bitte Information der:

Pressestelle

Mit der Bitte um

- Datenmaterial zur Thematik
- Referat / Rede / Redebotschaft / Vortrag / Grußwort / Statement / Impulsreferat durch L 5
- Lebensläufe der Gesprächsteilnehmer
- Thesenpapier
- Gesprächsführungsvorschlag
- Informationen zum Veranstalter / zur Veranstaltung
- Hintergrundvermerk (u.a. Anlass, bekannte Konflikte, offene Fragen)
- Hintergrundmaterial (z. B. Kopien einschlägiger Vorschriften, Korrespondenz)
- Teilnahme Fachabteilung (Teilnehmer bitte frühzeitig dem Ministerbüro melden)

kürzer

TAK 25/18

Tarifbindung
hier: Bezahlung von Pflegekräften

UAL 41

Berlin, den 6. April 2018

Bearbeitet von: Dr. Martin Schölkopf (Tel. 1006)

Betreff: Bezahlung von Pflegekräften;
Bezug: Anforderung Min-Büro vom 4. April

1. Bezahlung von Pflegekräften

1.1. Empirische Daten:

a) Durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen von (sozialversicherungspflichtig beschäftigten) Vollzeitkräften in Alten- und Krankenpflege (Quelle: Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit, IAB)

Fachkräfte in der Krankenpflege:	3.239 Euro
Fachkräfte in der Altenpflege:	2.621 Euro
Helfer in der Krankenpflege:	2.478 Euro
Helfer in der Altenpflege:	1.870 Euro

(eine Differenzierung in ambulant/stationär ist nicht möglich)

Zum Vergleich:

Durchschnittseinkommen aller (sv-pflichtigen Vollzeit-) Beschäftigten:	3.133 Euro
Durchschnittseinkommen von Physiotherapeuten:	2.192 Euro
Gehalt Beamter A 8 Bund (nur Grundgehalt, ohne Familienzuschläge):	2.846 Euro
Gehalt Beamter A 12 Bund (wie oben):	4.204 Euro

b) Anstieg der Einkommen 2012-2016:

Fachkräfte in der Krankenpflege:	+ 8,9 Prozent
Fachkräfte in der Altenpflege:	+ 9,4 Prozent
Helfer in der Krankenpflege:	+ 7,1 Prozent
Helfer in der Altenpflege:	+ 9,6 Prozent

Zum Vergleich:

Anstieg Einkommen aller Beschäftigten: + 8,6 Prozent

c) Löhne in der Kranken- und Altenpflege nach Bundesländern

Monatliche Bruttoentgelte von Fachkräften und Helfern nach Bundesländern, 2016				
	Fachkräfte		Helfer	
	Fachkräfte in der Altenpflege	Fachkräfte in der Krankenpflege	Helfer in der Altenpflege	Helfer in der Krankenpflege
Schleswig-Holstein	2.533 €	3.240 €	1.807 €	2.228 €
Hamburg	2.806 €	3.276 €	2.069 €	2.693 €
Niedersachsen	2.424 €	3.191 €	1.747 €	2.415 €
Bremen	2.588 €	3.419 €	1.906 €	2.326 €
Nordrhein-Westfalen	2.801 €	3.370 €	2.175 €	2.701 €
Hessen	2.631 €	3.255 €	1.899 €	2.468 €
Rheinland-Pfalz	2.721 €	3.335 €	1.888 €	2.794 €
Baden-Württemberg	2.937 €	3.396 €	2.048 €	2.663 €
Bayern	2.875 €	3.313 €	2.013 €	2.544 €
Saarland	2.728 €	3.476 €	2.088 €	2.412 €
Berlin	2.528 €	3.144 €	1.760 €	2.045 €
Brandenburg	2.283 €	2.839 €	1.630 €	2.008 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.180 €	2.798 €	1.621 €	1.800 €
Sachsen	2.050 €	2.881 €	1.597 €	1.929 €
Sachsen-Anhalt	1.985 €	2.917 €	1.586 €	2.153 €
Thüringen	2.245 €	2.975 €	1.624 €	2.028 €

Quelle: IAB.

Referat 411

Bonn, den 26. April 2018

411-74

Bearbeitet von: Ulrich Dietz (4420)

Termin: 14. Mai 2018

Über

Herrn Unterabteilungsleiter Dr. Schölkopf Sk, 15/5

Frau Abteilungsleiterin Naase B. Na 15/5

Referat L 1

Betreff: Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen in der Pflege - Gespräch von Herrn Minister mit Herrn Steffen Kampeter, Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) am 16. Mai 2018

Bezug: Vorbereitungsanforderung von L 1 vom 14. Mai 2018

Anlage: - 1 -

Als Anlage wird ein Hintergrundvermerk übersandt.

Ulrich Dietz

→ Hr. Taube

Abteilungsleiterin 3
315-4342-9/4

Berlin, den 25. Mai 2018

Bearbeitet von: Markus Algermissen (Tel. 3100), Jannis Taube (Tel. 1858)

Termin: EILT!

Über

Herrn Staatssekretär
Frau Abteilungsleiterin 1

Herrn Minister

2 ja parallel
ly
2X/5

*Siehe Entschlüsse im
Sprengel am 28.05.*

Nachrichtlich:
Frau PSt'in Weiss
Herrn PSt Dr. Gebhart
L 1

Betreff: Referentenentwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die
Pflegeberufe
Bezug: Vorbereitung Spitzengespräch BDA für Herrn Minister am 28. Mai 2018
Anlagen: - 4 -

Zur Vorbereitung des Spitzengesprächs wird ein Infovermerk einschließlich Gesprächs-
führungsvorschlag vorgelegt (Anlage 1). Er enthält die zentralen Punkte, die die BDA vor-
bringen wird.

Ziel des Spitzengesprächs sollte eine kurzfristige Einigung im Rahmen einer Gesamtlösung
sein, die eine termingerechte Einbringung der Verordnung in den Bundesrat sicherstellt.

Zur Verdeutlichung vor welchem engem zeitlichen Hintergrund die VO weiter zu bearbei-
tenden ist, ist ein aktualisierter Zeitplan beigefügt (Anlage 2).

Detaillierte Vorschläge zur Einigung finden sich (nur der Vollständigkeit halber) in Anlage
3 und 4.

Wasser

120 Stund 2024

Anlage 1

Evaluation

Hintergrund:

Die BDA, die in der Vergangenheit im Grunde nicht als originär betroffener Verband bei den Gesundheitsfachberufen bzw. bei den Pflegeberufen in Erscheinung getreten ist, engagiert sich massiv – auch medial – im Rahmen der laufenden Beratungen zum Referentenentwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe.

Im Kern geht es der BDA um die Regelungen des Entwurfs, die sich auf die Altenpflege beziehen. Hier stellt sich die BDA auf den Standpunkt, dass

- der Altenpflegeanteil in der vorgesehenen Ausbildung **deutlich zu gering** sei, insbesondere im Vergleich zur **bisherigen/noch geltenden Altenpflegeausbildung**
- die im Entwurf vorgesehenen Anforderungen an die **Altenpflegeausbildung zu hoch seien** (Stichwort: Hauptschulabschluss) und daher mit deutlich zu wenigen Auszubildenden in der Altenpflege zu rechnen sei.

Letztlich entsteht allerdings der Eindruck, dass die BDA den **politisch austarierten Kompromiss des Pflegeberufegesetzes (Generalistik in den ersten beiden Ausbildungsjahren mit der Möglichkeit eines gesonderten Abschlusses in der Altenpflege und Kinderkrankenpflege im letzten Jahr)** über den **Hebel des VO-Entwurfs zu Fall bringen will.**

Bisheriges Verfahren mit der BDA im Rahmen der Beratung der VO:

Die BDA hat eine kritische Stellungnahme im Rahmen der Verbändebeteiligung abgegeben und an der Verbändeanhörung teilgenommen. Herr St hat zur Klärung der streitigen Fragen Gespräche mit Herrn Clever (Mitglied der Hauptgeschäftsführung) geführt. Auf seine Bitte hin hat auch die Fachabteilung Gespräche mit der BDA geführt (letztmalig am 25. Mai 2018). Diese konzentrieren sich auf folgende Streitpunkte/Forderungen der BDA:

- Einführung von **Wahlmodulen mit Schwerpunkt Altenpflege** in der Generalistik schon in den ersten beiden Ausbildungsjahren – St und Fachabteilung haben dies gegenüber BDA klar abgelehnt, da dies die Generalistik grundsätzlich in Frage stellen würde.
Die BDA hat deshalb zwischenzeitlich ihre Argumentation angepasst und trägt vor, dass es nicht um eine Aushebelung der Generalistik gehe, sondern nur um eine „andere Art der Stundenaufteilung“.
- **Anpassung der Anlage 4 der VO** (Kompetenzen für die staatliche Prüfung zum Altenpfleger): BDA will den Text der Anlage der VO sprachlich deutlich vereinfachen und die Anforderungen (Stichwort: Hauptschüler) senken und hat einen entsprechenden Vorschlag mit

weitgehenden Änderungen übersandt – BMG hält diese Forderungen inhaltlich und im Hinblick auf den VO-Zeitplan für problematisch, hat der BDA aber – um ein Entgegenkommen zu zeigen – am 24. Mai am frühen Abend konkrete Vorschläge gemacht, welche Punkte der BDA ggf. im Rahmen einer Gesamtlösung konstruktiv aufgegriffen werden könnten (vgl. Anlage 4 zu diesem Vermerk).

Die BDA hat zurückgemeldet, dass sie Möglichkeiten für eine Einigung bei der Anlage 4 sehe und Zusammenarbeit signalisiert. Es bleibt trotz dieser Zusage ein hohes Risiko, dass die Erarbeitung den zeitlich zur Verfügung stehenden Rahmen sprengt. Dies gilt um o mehr, als diese Punkte letztlich auch im Gesamtkontext der VO (mit allen Anlagen) geprüft werden müssen und zudem noch mit **Pflegeexperten und mit BMFSFJ abgestimmt werden müssen**.

- **Änderung der Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung (Anlage 7 der VO):** BDA will im ersten und zweiten Ausbildungsjahr die Stunden der Pflichteinsätze in den drei Versorgungsbereichen („Stationäre Akutpflege“, „Stationäre Langzeitpflege“, „ambulante Akut-/Langzeitpflege“ – im VO-Entwurf je 400 Stunden) **anders gewichten** zugunsten der Altenpflege. Herr Clever hat zudem gegenüber Herrn St vor allem gefordert, den **Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung (VO-Entwurf: 120 Stunden)** deutlich zu reduzieren und im Gegenzug die Stundenzahl beim Träger der praktischen Ausbildung (dann zugunsten der Altenpflege) zu erhöhen. – BMG hat Änderung der Stundenanteile unter Hinweis auf Generalistik abgelehnt, ist aber bei der Pädiatrie weit entgegengekommen (vgl. Anlage 3 zu diesem Vermerk): Danach würden in der Pädiatrie bis Ende 2024 übergangsweise 60 Stunden reichen, so dass sich der Orientierungseinsatz beim Träger der praktischen Ausbildung entsprechend erhöhen würde. BDA hat dazu zurückgemeldet, dass die Absenkung der pädiatrischen Stunden auf 60 akzeptiert werden. Sie machte im heutigen Fachgespräch als **massiven Punkt geltend**, statt der im Bereich Ambulanten Akut/Langzeitpflege vorgesehenen 400 Stunden eine Erhöhung 600 Stunden zu verlangen. (Stichwort 300; 300; 600). Auch das bedeutet einen Schritt weg vom Ansatz der Generalistik. Zudem sind die in den Bereichen stationäre Akutpflege und stationäre Langzeitpflege geleisteten praktischen Stunden wichtig, um den Herausforderungen einer (guten) Altenpflege gewachsen zu sein

- **Fehlende Kooperationspartner beim Praxiseinsatz**

Die BDA hat heute nochmal vorgetragen, dass sich Schwierigkeiten ergeben können, wenn für einen Praxiseinsatz eines Auszubildenden der Kooperationspartner fehlt (Beispiel: Altenpflegeeinrichtung findet kein kooperierendes Krankenhaus). Die wollte BDA zunächst über eine **Gesetzesänderung im Pflegeberufgesetz** umsetzen. Die Änderung des Gesetzes wurde seitens des BMG kategorisch abgelehnt.

Es ist nicht auszuschließen, dass es die von der BDA befürchteten Schwierigkeiten in der Praxis geben kann. Aus fachlicher Sicht wäre das ein Thema, das zunächst in dem **bestehenden Bund-Länder-Austauschgremium zur Umsetzung der Pflegeberufereform** (unter der Leitung von NRW) mit den Ländern diskutiert werden sollte (Teilnahme Westerfellhaus ist angedacht). Sollte dann eine rechtliche Umsetzung für erforderlich gehalten werden, können entsprechende Regelungen in einem weiteren VO-Verfahren (z.B. FinanzierungsVO) oder in einem anderen Gesetz angedacht werden. Eine Lösung noch in der VO ist nicht möglich.

- **Zusatzhinweis:** Eine weitere durchaus zentrale Forderung der BDA aus ihrer Stellungnahme, die aber derzeit in den Gesprächen keine größere Rolle spielt, ist die Berücksichtigung des **Entbürokratisierungsgedankens insbesondere im Hinblick auf die Pflegedokumentation**. BMG wird diesen Punkt, der auch von anderen zu Recht gefordert wird, bei der Überarbeitung der VO umsetzen. Darauf könnte ggf. auch im Spitzengespräch hingewiesen werden.

Ziel des Spitzengesprächs:

Ziel des Spitzengesprächs sollte eine **kurzfristige Einigung/Nichteinigung** mit der BDA sein.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sollte vom Bundesrat unbedingt im **September 2018** beraten werden (ebenso wie die FinanzierungsVO, deren Referentenentwurf in Arbeit ist), damit die entsprechenden Lehrpläne und Vorbereitungen an den Schulen begonnen werden können. Nach Kabinettsbeschluss ist eine Bundestagsbefassung (=Kompromiss aus Pflegeberufgesetz) vorgeschrieben. Der Zeitplan ist dementsprechend sensibel. Durch die Diskussionen mit der BDA darf der Zeitplan nicht weiter verschoben werden – die BDA mag das gegenteilige Ziel verfolgen. Schon jetzt wurden **Kabinettermin und Öffentliche Anhörung im BT-G- Ausschuss geschoben**. Sofern ein Abschluss im BT nicht in der 26. Kw gelingt, kann der BR-Termin am 21.09.18 nicht gehalten werden und der **BR frühestens am 23.11.18** erreicht werden. Im Hinblick auf die zahlreichen Umstellungen für die Praxis ist dieser Termin zu spät und eine Verschiebung des Starts der neuen Ausbildung wäre notwendig.

Konkretes Ziel: Schnelle Einigung mit BDA auf Änderung bei Pädiatrie (60 Stunden) und konkrete Änderungen in der Anlage 4 der VO. Soweit die Anlage 4 der VO, die sehr technisch ist, zwischen

BDA und BMG abschließend konsentiert werden soll, hat dies unverzüglich im Nachgang zum Spitzengespräch zu erfolgen. Eine Einigung auf Arbeitsebene erscheint ausdrücklich nicht realistisch, so dass für diesen Fall das Format Herr St mit Herrn Clever, jeweils begleitet durch die Fachebene, empfohlen wird.

Wenn dies nicht gelingt: Keine Berücksichtigung der BDA-Forderungen; Festhalten am Zeitplan für Kabinett.

Gesprächsführungsvorschlag für Herrn Minister:

- Ausbildungs- und PrüfungsVO ist wichtiges Anliegen – muss termingerecht umgesetzt werden
- VO setzt die gesetzlichen Vorgaben um und eröffnet keine davon abweichenden inhaltlichen Spielräume
- BDA bringt sich intensiv ein. BMG ist im Rahmen des Möglichen kooperativ. Heute muss gemeinsame Lösung gefunden werden. Zeitplan darf keinesfalls gefährdet werden.
- Pflegeberufegesetz und die damit verbundene Generalistik steht nicht zur Disposition. Das ist der im Gesetz gefundene Kompromiss.
- Das Zusammenführen von drei Pflegeberufen in den ersten beiden generalistisch ausgerichteten Ausbildungsjahren bedingt zwingend, dass sich die bisherigen Stundenanteile der bisherigen einzelnen Pflegeberufe nicht mehr in derselben Höhe wiederfinden können.
- Neu und sinnvoll: Altenpfleger erhalten verstärkt Kenntnisse aus der Krankenpflege, die sie für die Versorgungs-Anforderungen in diesem Bereich dringend benötigen.
- Die reine Gegenüberstellungen von Stundentableaus hat im Hinblick auf die Altenpflege im Sinne eines „Bisheriges Recht/zukünftiges Recht“ nur begrenzte Aussagekraft
- Gesetz und VO-Entwurf sehen zudem Vertiefungsmöglichkeiten in Richtung Altenpflege und zudem die Möglichkeit eines gesonderten Abschlusses Altenpflege vor.
- Mögliche Gesamtlösung kann wie folgt aussehen: :
 - BMG ist bereit, in der Anlage 7 der VO im Bereich der Pädiatrie übergangsweise bis Ende 2014 von 120 auf **mindestens 60 Stunden abzusenken**.
 - BMG ist bereit, in der Anlage 4 der VO konkrete **sprachliche Vereinfachungen, Umformulierungen und Umstrukturierungen im Rahmen einer Gesamtlösung** konstruktiv aufzugreifen. Das gilt auch für Ihre Vorschläge, soweit sie die Stärkung der Profilbildung zum Altenpfleger betreffen. Das darf Zeitplan nicht gefährden.
 - Das Problem fehlender Kooperationspartner beim Praxiseinsatz sehen wir. Es muss zunächst im Rahmen des Bund-Länder-Ausstauschsgremiums beraten werden, weil

die Länder dabei eine zentrale Rolle bekommen. Sollte dann Regelungsbedarf bestätigt werden, wird sich eine rechtliche Lösung finden lassen. Klar ist, dass jetzt weder das Pflegeberufegesetz noch die VO diesbezüglich geändert werden.

- Das Thema **Entbürokratisierung und Pflegedokumentation** wird **BMG in der VO verankern**. Wichtiger Aspekt der BDA wird damit aufgegriffen.
 - **Nicht aufnehmen** wird BMG Ihre Vorschläge für die Anlage 4 der VO, soweit sie wiederum das **Ausbildungsniveau gegenüber der bisherigen Altenpflegeausbildung erkennbar senken**. Auch BDA kann kein Interesse an einer „Altenpflege light“ haben.
 - Die Forderung nach **Einführung von Wahlmodulen** wird ebenfalls abgelehnt Dies würde die Generalistik in Frage stellen.
-
- Wenn es keine Einigung gibt, wird die Verordnung trotzdem auf den Weg gebracht. **Die Umsetzung des Pflegeberufegesetzes steht nicht zur Disposition.**

Zeitplanung	Zeitplan intern
RefE	22.03.18
BE-Gespräch 1	19.04.18
BE-Gespräch 2	23. Kw
<u>Billigung HL</u> ; VO-E und Entw. Kab.-Vorlage	23./24. Kw
Zul. BK-Amt regulär	05.06.18 (23. Kw)
Zul. BK-Amt bei Nachmeldung spätestens	08.06.18, 12:00 Nachmeldeschreiben St 11.06.18 Nachmitt. Kab. Vorlage (24. Kw)
Kabinett	13.06.18 (24. Kw)
Zul. BT	13.06.18 (24. Kw)
Überweisung an AfG via Ältestenrat (vereinfachtes Verfahren § 92 GO BT)	24. Kw
AfG Einführung	25.06.18 (26. Kw)
AfG Anhörung	25.06.18 (26. Kw)
AfG Abschluss	27.06.18 (26. Kw)
BT (Abschluss)	28./29.06.18 (26. Kw) *
<i>27. Kw HH-Woche – 2./3. Lesung HH 2018</i>	
Zul. BR spät. (Zuleitungstermin)	10.08.18
BR	21.09.18
Inkr	10.18

* Sofern Abschluss nicht in der 26. Kw gelingt, kann der BR-Termin am 21.09.18 nicht gehalten werden. Aufgrund der HH-Woche in der 27. Kw und der HH-Woche in der 37. Kw (erste Sitzungswoche nach der Sommerpause) kann frühestens in der 39. Kw im Bundestag abgeschlossen werden. Die Diskussion über die PflAPrV wird damit über die Sommerpause gezogen. Zudem kann in Folge der BR frühestens dann in seiner Sitzung am 23.11.18 abschließen (6 Wochen-Frist). Ein Inkrafttreten erfolgt damit frühestens 12.18. Im Hinblick auf die zahlreichen Umstellungen für die Praxis ist dieser Termin zu spät und eine Verschiebung des Starts der neuen Ausbildung wäre notwendig.

Anlage 7 der PflAPrV

Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung

Hinweis BMG: Die **grün** markierten Stellen können im Zusammenhang mit einer Gesamtlösung aufgegriffen werden.

Erstes und zweites Ausbildungsdrittel		
I. Orientierungseinsatz		
	Flexibel gestaltbarer Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.
II. Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen		
1.	Stationäre Akutpflege	400 Std.
2.	Stationäre Langzeitpflege	400 Std.
3.	Ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 Std.
III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung		
	Pädiatrische Versorgung	120 Std.
Summe erstes und zweites Ausbildungsdrittel		1 720 Std.

Letztes Ausbildungsdrittel		
IV. Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung		
1.	Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 Std.
2.	Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	
3.	Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur gerontopsychiatrische Versorgung	
V. Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes		
1.	Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II. bis IV.1. Im Bereich des Pflichteinsatzes nach II.3. auch mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	500 Std.
2.	Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 2 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach III.	
3.	Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 3 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II.2. oder II.3. mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	
VI. Weitere Einsätze / Stunden zur freien Verteilung		
1.	Weiterer Einsatz (z.B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation) - bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. - bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von alten Menschen.	80 Std.

2.	Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Std.
Summe letztes Ausbildungsdrittel		780 Std.
Gesamtsumme		2 500 Std.



[Faint, diagonal watermark text, possibly reading 'HILF' or similar, is visible across the page.]

ENTWURF BDA/bpa

Anlage 4 PfiAPrV

Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 28 zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger

Hinweis BMG: Die ~~hier~~ markierten Passagen können im Zusammenhang mit einer Gesamtlösung aufgegriffen werden.

I. Pflege- ~~und~~ ~~Planungs~~ ~~prozesse~~ und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und ~~verantworten~~.

1. Die Pflege von allen Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und ~~verantworten~~.

Die Absolventinnen und Absolventen

a) ~~übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei allen Menschen~~ spezifischen Theorien und Modellen zur Pflegeprozessplanung ~~und steuern diesen~~ und nutzen diese

b) übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei allen Menschen,

c) ~~übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei allen Menschen~~ und beschreiben den Pflegebedarf unter Hinzuziehung von Pflegediagnosen ~~bei allen Menschen~~

d) schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei allen Menschen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein,

e) handeln die Pflegeziele mit dem zu pflegenden alten Menschen und gegebenenfalls seinen Bezugspersonen aus, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege, ~~handeln personen- und zielorientiert Pflegeinterventionen mit dem zu pflegenden alten Menschen und seinen Bezugspersonen aus und setzen theoretellert Konzepte und Maßnahmen der Pflege, Begleitung und Betreuung zur Förderung von Selbständigkeit und Lebensqualität ein.~~

e) verfügen über Fähigkeiten und Kenntnisse Lebensqualität und Autonomie bei Pflegebedarf zu erhalten und zu sichern

f) nutzen Pflegedokumentationssysteme, um ihre Pflegeprozessentscheidungen in der Pflege von alten Menschen selbstständig und im Pflege team zu ~~erheben, erklären und interpretieren~~.

g) entwickeln mit alten Menschen, ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen.

gh) stimmen die Pflegeprozessgestaltung auf spezifische ambulante und stationäre Versorgungskontexte für alte Menschen ab.

2. ~~Die Absolventinnen und Absolventen sind in der Lage, die Pflege von alten Menschen als ein zentrales Element der Gesundheitsförderung zu verstehen und zu praktizieren. Sie sind in der Lage, die Pflege von alten Menschen als ein zentrales Element der Gesundheitsförderung zu verstehen und zu praktizieren.~~

-Gesundheitsförderung und Prävention-

Die Absolventinnen und Absolventen

a) erheben, erklären und interpretieren pflegebezogene Daten von alten Menschen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen, unterstützen, pflegen, begleiten und beraten alte Menschen alle Menschen bei gesundheits- und präventiven Maßnahmen

b) unterstützen alte Menschen durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration.

a: b) - c) ~~Die Absolventinnen und Absolventen sind in der Lage, die Pflege von alten Menschen als ein zentrales Element der Gesundheitsförderung zu verstehen und zu praktizieren. Sie sind in der Lage, die Pflege von alten Menschen als ein zentrales Element der Gesundheitsförderung zu verstehen und zu praktizieren.~~

d) erkennen Hinweiszeichen auf eine mögliche Gewaltausübung in der Versorgung von alten Menschen und reflektieren ihre Beobachtungen im therapeutischen Team.

e) verfügen über ein integratives Verständnis von physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen in der Pflege von alten

Menschen,

f) erkennen Wissensdefizite und erschließen sich bei Bedarf selbständig neue Informationen zu den Wissensbereichen der Pflege, Gesundheitsförderung und Medizin, insbesondere zu geriatrischen Fragestellungen.

3. Pflege- und Betreuungsprozesse und Pflegediagnostik von alten Menschen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren bewerten.

Die Absolventinnen und Absolventen

a) a) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

b) b) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

c) c) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

d) d) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

e) e) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

f) f) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

g) g) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

h) h) pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen

d) [REDACTED]

e) [REDACTED]

4. In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

Die Absolventinnen und Absolventen

a) [REDACTED]
b) treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein,

c) koordinieren den Einsatz der Ersthelferinnen oder Ersthelfer bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,

d) erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Notfallplanes und der Notfall-Evakuierung.

5. Alte Menschen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

Die Absolventinnen und Absolventen

a) erheben soziale, familiäre und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei alten Menschen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung, wissen um die Bedeutung des sozialen und kulturellen Umfelds sowie der Biografie für Gesundheit und Lebensqualität

b) [REDACTED]

- c) berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen Kontexte, die sozialen Lagen, die Entwicklungsphase und Entwicklungsaufgaben von alten Menschen, machen theorie- und konzeptgeleitete Angebote

zu Aktivitäten.

- cd) beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von alten Menschen ein.

6. Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) wahren das Selbstbestimmungsrecht ~~des/der betroffenen Menschen mit Priorität~~, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind,
- b) unterstützen alte Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung bei der Wiederherstellung, Kompensation und Adaption eingeschränkter Fähigkeiten, um sie führen eine möglichst selbständige Entwicklung, Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe zu befähigen, ermöglichen.
- c) tragen durch rehabilitative Maßnahmen bei allen Menschen zum Erhalt und zur Wiedererlangung von Alltagskompetenz bei,
- d) ~~unterstützen die Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.~~

e) [REDACTED]

II. Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

1. Kommunikation und Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

Die Absolventinnen und Absolventen

a) e) machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie,
a) b) [REDACTED]

b) [REDACTED]

d) [REDACTED]

d) [REDACTED]

e) erkennen Kommunikationsbarrieren, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen im Alter, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken,

f) [REDACTED]

~~9) Information, Schulung und Beratung bei alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und~~

2. Information, Schulung und Beratung bei alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) informieren alte Menschen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung,
- b) setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegen der alten Menschen um,
- c) beraten alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und ~~erklären~~ sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen,
- d) reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei alten Menschen.

3. Ethisch reflektiert handeln.

Die Absolventinnen und Absolventen

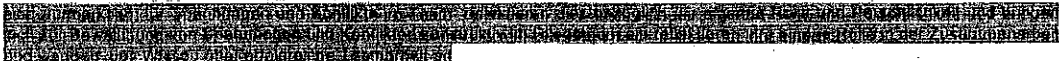
- a) setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen ein,
- b) fördern und unterstützen alten Menschen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien,

~~c) tragen in ethischen Dilemmasituationen mit allen Menschen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei.~~

III. Intra- und Interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

1. Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von allen Menschen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung und ambulanten Pflege.
- b) delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität.
- c) beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches.
- d) beteiligen sich im Team an der Einarbeitung neuer KollegInnen und Kollegen und leiten Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie freiwillig Engagierte in unterschiedlichen Versorgungssettings an.
- e) übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse.
- f) 

2. Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit,
- b) führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei alten Menschen durch,
- c) beobachten und interpretieren ~~Pflegepläne und -maßnahmen~~ ~~in Zusammenarbeit mit den Ärzten~~ ~~die~~ ~~in~~ ~~den~~ ~~verschiedenen~~ ~~Pflegebereichen~~ Pflegephänomene und Komplikationen, auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen,
- d) unterstützen und begleiten zu pflegende alte Menschen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie,
- e) schätzen chronische Wunden bei alten Menschen prozessbegleitend ein, versorgen sie verordnungsgerecht und stimmen die weitere Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt ab,
- f) ~~vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei allen Menschen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Unterstützen alte Menschen und ihre Bezugspersonen bei ärztlichen Konsultationen und Entscheidungen.~~

3. In Interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von alten Menschen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) kennen die Strukturen und übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von alten Menschen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen.
- b) bringen die pflegfachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein,
- c) bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe,
- d) koordinieren die Pflege von alten Menschen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine und berufsgruppenübergreifende Leistungen,
- e) koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken alten Menschen in der Primärversorgung,
- f) ~~Praxiserwartungen der gemeinsamen Versorgungsprozesse einhalten und im interprofessionellen Team im Hinblick auf~~

IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

1. Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

Die Absolventinnen und Absolventen

- a) integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens,
- b) wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte,

~~Praxiserwartungen der gemeinsamen Versorgungsprozesse einhalten und im interprofessionellen Team im Hinblick auf~~

c) erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht,

d) überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität.

2. Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und

ökologische Prinzipien beachten.

Die Absolventinnen und Absolventen

a) **üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus,**

b) e) **erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern,**

d) **erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern,**

d) **erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern,**

e) **wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit.**

V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

1. Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten, ethischen Leitlinien und beruflichen Aufgaben orientieren

Die Absolventinnen und Absolventen

a) **üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus,**

b) **erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern,**

b) können mit Belastungen im beruflichen Alltag angemessen umgehen und nehmen Unterstützungsangebote an und wahr

~~Ergebnis der Beobachtung des/der Teilnehmer/innen im Zusammenhang mit dem/der Teilnehmer/innen~~

b) erschließen sich pflege- und pflegewissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials,

c) begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und pflegewissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen,

d) ~~reflektieren ihre persönliche Entwicklung als Pflegefachkraft und übernehmen Verantwortung für die eigene berufliche Entwicklung~~

2. Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

Die Absolventinnen und Absolventen

a) bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen,

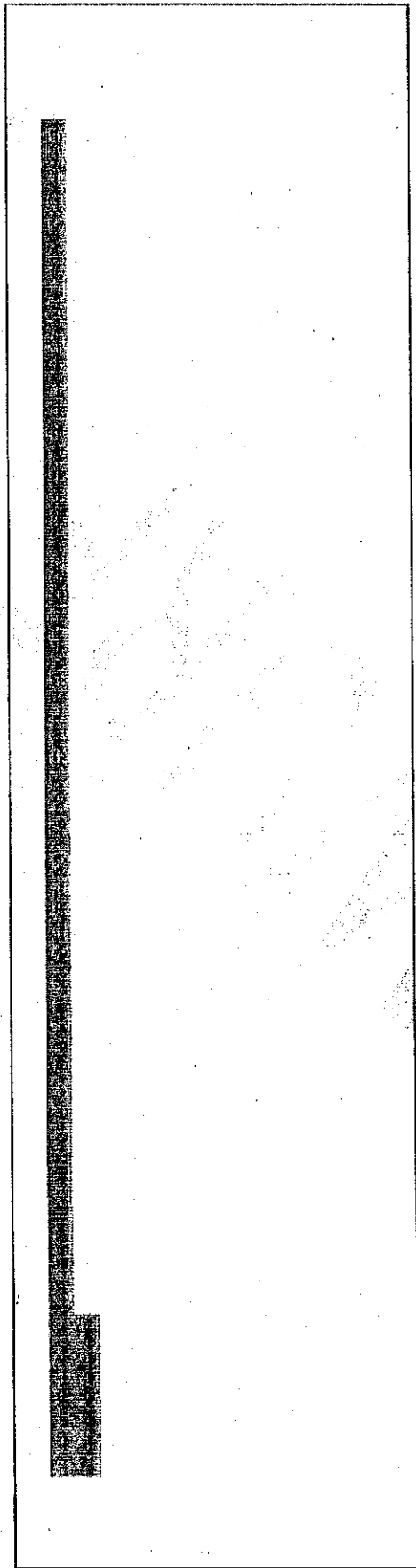
b) nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten darauf entsprechende Handlungsinitiativen ab,

c) setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein,

d) reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegenden und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen,

e) verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben,

f) — verstehen die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen und der Berufsentwicklung.



Taube, Jannis -315 BMG

Betreff:

WG: Antwort: AW: Telefonat Pflege heute 14.30 Uhr

Gesendet von meinem BlackBerry 10-Smartphone.

Von: Moritz Lohe <M.Lohe@arbeitgeber.de>

Gesendet: Freitag, 25. Mai 2018 16:40

An: Wald, Susanne -3 BMG; Algermissen, Markus -31 BMG

Cc: Barbara Dorn

Betreff: Antwort: AW: Telefonat Pflege heute 14.30 Uhr

Sehr geehrte Frau Wald,
sehr geehrter Herr Algermissen,

haben Sie vielen Dank für das konstruktive Gespräch.

Wie besprochen, im Folgenden die Auflistung der Punkte, die wir Herrn Kampeter und Herrn Clever als Vorbereitung für das Gespräch am Montag mit Bundesminister Spahn und Staatssekretär Stroppe zum Thema Pflegeberufverordnung mitgeben:

1. Eigenständiges und auf die Anforderungen in der Altenpflegepraxis ausgerichtetes Kompetenzprofil:
 - * Überarbeitung der Anlage 4 der Verordnung.
 - * Einführung / Verankerung von Wahlpflichtmodulen im schulischen Unterricht für Auszubildende zum Altenpfleger bereits in den ersten beiden Ausbildungsjahren.

2. Erhöhung des zeitlichen Anteils der praktischen Ausbildung beim Ausbildungsbetrieb:
 - * Änderung der Gewichtung zwischen den drei Pflichteinsätzen nach Anlage 7 der Verordnung zu 300 / 300 / 600 Stunden anstatt 400 / 400 / 400 Stunden zu Gunsten des Pflichteinsatzes, der beim Ausbildungsbetrieb absolviert werden muss.
 - * Zeitliche Reduzierung des Pflichteinsatzes im Bereich der Kinderkrankenpflege (pädiatrische Versorgung) nach Anlage 7 der Verordnung von 120 auf 40 Stunden.

3. Flexibilisierung der praktischen Pflichteinsätze in den drei Versorgungsbereichen:
 - * Wenn ein Ausbildungsbetrieb ohne Eigenverschulden keine geeigneten Kooperationspartner für die praktische Ausbildung findet, können praktische Pflichteinsätze auch in anderen Versorgungsbereichen bzw. beim Ausbildungsbetrieb durchgeführt werden. Dieses Vorgehen muss mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Barbara Dorn

Moritz Lohe

Bildung | Berufliche Bildung

T +49 30 2033-1500
bildung@arbeitgeber.de

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände Breite Straße 29 | 10178 Berlin

www.arbeitgeber.de <<http://www.arbeitgeber.de>>

<<https://twitter.com/DieBDA>>

<<http://www.chancen-Euro.de>>

Taube, Jannis -315 BMG

Von: Algermissen, Markus -31 BMG
Gesendet: Montag, 28. Mai 2018 10:49
An: Taube, Jannis -315.BMG; Szur, Maria -315 BMG
Cc: 31 .BMG; 315 BMG; 3 .BMG
Betreff: WG: BDA-Gesprächsunterlage Anlage 4 Teil 2 Wahlpflichtmodule
Anlagen: SMFC-B-FS-018052810000.pdf

Bitte wie besprochen

alg

Von: Kossebau, Sabine -PR3 BMG
Gesendet: Montag, 28. Mai 2018 10:07
An: Wald, Susanne -3 BMG <Susanne.Wald@bmg.bund.de>; Algermissen, Markus -31 BMG <Markus.Algermissen@bmg.bund.de>
Cc: 31 BMG <31@bmg.bund.de>; 3 BMG <3@bmg.bund.de>
Betreff: BDA-Gesprächsunterlage Anlage 4 Teil 2 Wahlpflichtmodule

Liebe Frau Wald, lieber Herr Algermissen,

wie gerade besprochen anbei der Scan der von Herr Clever mitgebrachten Unterlage zwV.

Viele Grüße,

Sabine Kossebau

BDA-Vorschlag - Ergänzung Anlage 4 um Wahlpflichtmodule:

Anlage 4 Teil 2

Wahlpflichtmodul 1: Lebensqualität und Autonomie bei Pflegebedarf sichern
Biografie und Lebenswelt Angehörigenarbeit Teilhabe Alter und Behinderung Wohnen und häusliche Pflege (neue Wohnformen, Wohngemeinschaften, Servicehäuser, Verbünde etc.) Ernährung und hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen Technik, Medien und Robotik Inklusion und Vielfalt Seniorenpolitik und -vertretungen Kultursensible Pflege und Betreuung Grenzen des Handelns, ethische Fragestellungen und Dilemmata

Wahlpflichtmodul 2a: Dementiell erkrankte Menschen begleiten und unterstützen
Spezifisches Wissen zur Demenz Rahmenempfehlungen Herausforderndes Verhalten S3 Leitlinien Demenzen Demenzspezifisches Pflegeverständnis (Assistenz) Vertiefte Expertise demenzspezifischer Konzepte und nichtmedikamentöser Deutungsansätze: Milieutherapie - Lebensweltgestaltung Biografiearbeit Validation / Integrative Validation Basale Stimulation Pflege nach Kitwood Dementia Care Mapping Testverfahren (DEMTEC, MMST, Uhrentest, CMAI) PRISCUS Liste inadäquate Medikation für Mind

Wahlpflichtmodul 2b:**Krisen verstehen und auf sie spezifisch und angemessen reagieren können****Krisenbegriff (Umbruch, Veränderung, Anforderungsänderung)****Verlustreaktionen:**

- Depression
- Trauerarbeit
- Zwänge
- Suizidalität
- Sucht (Alkohol, Tabletten)
- Delir, Wahn, Schizophrenie
- Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Traumatisierungen

Wahlpflichtmodul 3:**Im Sterben begleiten****Palliative Pflege****Phasenmodell/Sterbebegleitung****Grenzsituationen, besondere Belastungen****Passive Sterbehilfe/aktive Sterbehilfe****Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht****Trauerarbeit****Abschied nehmen, Rituale****Hospiz**

Wahlpflichtmodul 4: Gespräche professionell führen können
Gesprächsführung – Klienten/Bewohner, Angehörige, Kollegen <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen des klientenzentrierten Gesprächs • Aufnahme • Interview • Beratung, Schulung, Aufklärung, Begleitung • Fallbesprechung, Reflexion beruflicher Handlungssituationen • Moderation • Konfliktgespräche • Anerkennung und Kritik • Gewaltfreie Kommunikation • Fachliche Anleitung und Unterweisung von Pflege- und Betreuungsassistenten • Integrative Validation • Validation

Wahlpflichtmodul 5: Rechtssicher handeln und informieren können
Grundrechte, z.B. Unverletzlichkeit der Wohnung, Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis Schweigepflicht und Datenschutz Betreuungsrecht und Betreuungsverfahren Unterbringungsrecht Sterbehilfe / aktiv - passiv Erbrecht Haftung Garantenpflicht Strafrecht, z.B. Freiheitsentziehende Maßnahmen, Körperverletzung durch Unterlassen, Arbeitsrecht

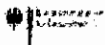
Frühling, Daniela -215,216 BMG

Von: Maisch, Viola -PR3 BMG
Gesendet: Dienstag, 29. Mai 2018 15:06
An: Frühling, Daniela -215,216 BMG
Betreff: Nachbereitung Spitzengespräch BDA
Anlagen: 2018-05-29 Anlage 1 - Nachbereitung Spitzengespräch BDA 28.05.2018 Ergänzung § 48 PflAPrV.docx; 2018-05-29 Anlage 2 - Nachbereitung Spitzengespräch BDA 28.05.2018 Anlage 7 PflAPrV.docx

Danke fürs drucken!

Von: Wald, Susanne -3 BMG
Gesendet: Dienstag, 29. Mai 2018 15:05
An: Maisch, Viola -PR3 BMG <Viola.Maisch@bmg.bund.de>
Betreff: WG: Nachbereitung Spitzengespräch BDA

Susanne Wald
Ministerialdirektorin



Abteilung Gesundheitsschutz, Medizin- und Berufsrecht
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Tel.: +49 030 18441-3010
Mobil +49 163 8038413
3@bmg.bund.de

Von: Wald, Susanne -3 BMG
Gesendet: Dienstag, 29. Mai 2018 15:01
An: Stroppe, Lutz -St BMG <Lutz.Stroppe@bmg.bund.de>
Cc: Kossebau, Sabine -PR3 BMG <Sabine.Kossebau@bmg.bund.de>; Algermissen, Markus -31 BMG <Markus.Algermissen@bmg.bund.de>
Betreff: WG: Nachbereitung Spitzengespräch BDA

Sehr geehrter Herr Staatssekretär,

im Nachgang des Spitzengesprächs zwischen Herrn Minister und der BDA am 28.5. findet heute Abend um 17.30 Uhr ein weiteres Gespräch mit der BDA auf Fachebene statt, um die gestern erzielten Ergebnisse umzusetzen und die letzten Details im Rahmen einer Gesamtlösung zu besprechen.

Gestern hat Herr UAL 31 mit Frau Dorn von der BDA telefoniert und die jeweilige Wahrnehmung der Ergebnisse des Spitzengesprächs ausgetauscht.

Wie sich zeigt, gibt es viele Gemeinsamkeiten, aber auch unterschiedliche Wahrnehmungen. Grundlage des Gesprächs heute Abend sind aus unserer Sicht folgende Punkte:

1. Komplex „Wahlmodule“ (siehe beigefügte Anlage 1) – Umsetzung bezüglich der Curricula durch Empfehlungen:

Unser konkreter Umsetzungsvorschlag besteht darin, dass der Fachkommission (§ 48 Absatz 2 PfiAPrV-E) bei der Erarbeitung des Rahmenlehrplans die Möglichkeit für „*vertiefende Angebote hinsichtlich spezifischer Fallsituationen im Pflegealltag*“ ausdrücklich eröffnet wird. In der VO-Begründung sollen dazu mögliche Bereiche aufgezählt werden, die den Überschriften der von der BDA vorgesehenen Wahlmodulen entsprechen; außerdem Beispiele aus dem Bereich Kinderkrankenpflege. Hiermit ist das **grundsätzliche inhaltliche Anliegen der BDA** aufgegriffen, ohne die Formulierung „Wahlmodule“ aufgreifen zu müssen. Wahlmodule hatte der Minister in der Vergangenheit klar abgelehnt. Wahlmodule in der vor der BDA vorgeschlagenen Form sind auch nicht mit dem BMFSFJ umsetzbar.

Die Fachkommission ist das geeignete Gremium, diese Forderung umzusetzen, da Ihre Empfehlungen bei der Erstellung der schulinternen Curricula zu berücksichtigen sind. Sie haben empfehlende Wirkung nach § 48 Absatz 3 PfiAPrV-E. § 48 Absatz 2 PfiAPrV-E sieht vor, dass im Rahmenlehrplan kompetenzorientierte und fächerintegrative Curriculumeinheiten mit Ziel- und Inhaltsempfehlungen für den theoretischen und praktischen Unterricht festgelegt werden. Systematisch bietet es sich an, hier anzuknüpfen und die Curriculumeinheiten durch die Möglichkeit für vertiefende Angebote zu konkretisieren. Entsprechende Vorgaben für vertiefende Angebote in § 2 Absatz 3 PfiAPrV-E (ursprünglicher Vorschlag der BDA) würden dagegen den Pflegeschulen direkt Inhalte für ihr schulinternes Curriculum vorschreiben und damit kompetenzrechtlich in die Länderzuständigkeiten eingreifen. Der Weg über die Fachkommission ist insofern am geeignetsten.

Eine Übernahme des von der BDA vorgelegten Teil 2 der Anlage 4 zur PfiAPrV-E (Wahlpflichtmodule) kommt nicht in Betracht, da sie die Systematik der übrigen Anlagen sprengt.

2. Stunden der Pflichteinsätze in Anlage 7 der PfiAPrV-E (Stichwort 400/400/400)

Das Ergebnis des Spitzengesprächs wurde von Abteilung 3 so verstanden, dass die Stundenverteilung der Pflichteinsätze in der Anlage 7 unverändert bleibt. Frau Dr. Dorn hat im Nachgang gegenüber Herrn UAL 31 eine andere Wahrnehmung mit Blick auf Ihre Argumentation während des Spitzengesprächs geäußert. Frau Dorn hat Sie so verstanden, dass hinsichtlich des Pflichteinsatzes im Bereich „ambulante Akut-/Langzeitpflege“ eine Flexibilisierung (z.B. 200/200) zwischen beiden Bereichen möglich sei. Das sei eine interessante Argumentation, die ausdrücklich begrüßt werde. Dann solle dies aber auch in der Anlage 7 der PfiAPrV-E ausdrücklich klargestellt werden.

Herr UAL 31 hat gegenüber Frau Dorn klargestellt, dass BMG das Ergebnis des Spitzengesprächs anders verstanden hat: Es soll hier keine Änderung geben. Diese Aussage wird Abteilung 3 im Gespräch heute bekräftigen. Eine Aufteilung des Pflichteinsatzes in ambulante Akutpflege und in ambulante Langzeitpflege ist nicht möglich. Beide Bereiche sind im Rahmen eines Pflichteinsatzes einheitlich abzudecken. Das Gesetz geht nach § 7 Absatz 1 PflBG von drei Pflichteinsätzen in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen aus („allgemeine Akutpflege in stationären Einrichtungen“, „allgemeine Langzeitpflege in stationären Einrichtungen“ und „allgemeine ambulante Akut- und Langzeitpflege“). Herr ST hat lediglich zum besseren Verständnis und zur Verdeutlichung, wieviel Stunden geleistet werden, im Spitzengespräch zu den Stunden in der Altenpflege entsprechend jeweils 200 Stunden für beide Bereiche im Rahmen eines Einsatzes angesetzt.

3. Flexibilisierung der Stunden der pädiatrischen Versorgung (siehe beigefügte Anlage 2)

Ergänzend zur übergangsweisen Absenkung der Stunden auf 60 bis höchstens 120 Std. wird in der Begründung ein Hinweis aufgenommen, dass die Flexibilisierung Gegenstand der vorgesehenen Evaluierung des Pflegeberufgesetzes sein kann. Damit wird als Kompromiss die Bitte der BDA in Richtung einer „Überprüfung“ teilweise aufgegriffen; technisch bleibt es bei der auslaufenden Übergangslösung.

4. Überarbeitung der Anlage 4 der PfiAPrV-E

BDA sieht weiterhin Überarbeitungsbedarf, schriftliche Rückmeldung wird im Laufe des heutigen Tages erwartet. Herr Minister habe sich laut BDA klar gegen Akademisierung ausgesprochen. Es sei vereinbart worden, dass die vom BMG mit **Gün** gekennzeichneten Punkte „gesetzt“, d.h. akzeptiert seien. Außerdem komme eine „wissenschaftliche Profilbildung“ der Auszubildenden aus Sicht der BDA nicht in Betracht. Dazu

soll es heute von der BDA Vorschläge geben. Herr UAL 31 hat deutlich gemacht, dass man das mit den „gesetzten grün markierten Punkten“ mal so stehen lasse. Natürlich müsse im Einzelnen die Formulierung angesehen werden. Bei der BMG-Fachebene sei als Ergebnis eher angekommen, dass BDA von großer Annäherung bei Anlage 4 gesprochen habe.

5. Problem bei fehlendem Kooperationspartner:

BDA berichtet, dass Herr Minister das mögliche Problem als solches erkannt und ernst genommen habe (Herr Minister und Herr Kampeter hätten sich hier ein „westfälisches Ehrenwort gegeben“). Man sei so verblieben, den Punkt im Rahmen der FinanzierungsVO zu prüfen bzw. ggf. über das Bund-Länder-Begleitgremium zu adressieren – dies deckt sich soweit ja mit der BMG-Wahrnehmung. BDA meint aber darüber hinaus, dass auch eine Gesetzesänderung in Betracht gezogen worden sei. Das hat Herr UAL 31 abgelehnt.

Abteilung 3 erwägt, den Punkt als möglichen Beratungsgegenstand in dem geplanten Schreiben an das Bund-Länder-Austauschgremium zur Umsetzung der Pflegeberufereform (NRW) zu erwähnen, mit dem auch die mögliche Teilnahme des Pflegebeauftragten der BReg angesprochen werden soll. Einer späteren Änderung, z.B. nach einem entsprechendem Votum des Austauschgremiums, ist vorstellbar.

Sind Sie mit dieser Grundlage und Einschätzung für das heutige Gespräch auf Fachebene so einverstanden? / la

Falls es heute Abend zu keiner Einigung kommen sollte, erscheint es mit Blick auf den Zeitplan ratsam, dass Herr St morgen mit Herrn Clever abschließend spricht, (ggf. unter Teilnahme der Fachebene). Wären das aus Ihrer Sicht möglich? / la

Dann könnte wir das heute Abend erforderlichenfalls ansprechen (und auch ein bisschen damit drohen). ✓

Herzliche Grüße
Susanne Wald

4
19.05.

UAL
315

→ Hr. Traube

Mögliche Ergänzungen zur Umsetzung der Gespräche zum Komplex „Wahimodule“ sind im Normtext gelb hervorgehoben:

§ 48

Erarbeitung und Inhalte der Rahmenpläne

(1) Die Fachkommission erarbeitet die Rahmenpläne auf Grundlage der in den Anlagen 1 bis 4 dieser Verordnung beschriebenen Kompetenzen, die in den beruflichen Pflegeausbildungen vermittelt werden sollen. Die in Anlage 6 festgelegte Stundenverteilung für den theoretischen und praktischen Unterricht legt die Fachkommission dem Rahmenlehrplan und die in der Anlage 7 festgelegte Stundenverteilung für die praktische Ausbildung legt sie dem Rahmenausbildungsplan zu Grunde.

(2) Im Rahmenlehrplan und Rahmenausbildungsplan werden kompetenzorientierte und fächerintegrative Curriculumeinheiten mit Ziel- und Inhaltsempfehlungen für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie für die praktische Ausbildung festgelegt. Im Rahmenlehrplan kann die Fachkommission vertiefende Angebote hinsichtlich spezifischer Fallsituationen im Pflegealltag berücksichtigen.

(3) Die Rahmenpläne haben empfehlende Wirkung.

Begründung:

Zu § 48 (Erarbeitung und Inhalte der Rahmenpläne)

Die Rahmenpläne entfalten als Orientierungshilfe zur Umsetzung der Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung empfehlende Wirkung und greifen somit nicht in die Durchführungszuständigkeit der Länder ein. In dieser Form sind die Rahmenpläne wichtige Grundlagen für eine inhaltlich möglichst bundeseinheitliche Umsetzung der neuen Pflegeausbildung. Die in der Anlage 6 festgelegte Stundenverteilung für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie die in der Anlage 7 festgelegte Stundenverteilung für die praktische Ausbildung legt die Fachkommission den Rahmenplänen zu Grunde. Dabei kann die Fachkommission im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts in den ersten beiden Ausbildungsdritteln vertiefende Angebote für spezifische Fallsituationen vorsehen. Dies kann unterschiedliche Bereiche mit unterschiedlichen Schwerpunkten betreffen, etwa die Sicherung der Lebensqualität und der Autonomie pflegebedürftiger Menschen, die Unterstützung und Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die Begleitung und Unterstützung dementiell erkrankter Menschen, die Sterbebegleitung, das professionelle Führen von Gesprächen, das Erhalten und Fördern von physischer und psychischer Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen, die Förderung von Familiengesundheit durch Stärkung elterlicher Kompetenzen oder auch die Kompetenz, rechtssicher handeln und informieren zu können.

Anlage 7 der PfiAPrV**Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung**

Erstes und zweites Ausbildungsdrittel		
I. Orientierungseinsatz		
	Flexibel gestaltbarer Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.*
II. Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen		
1.	Stationäre Akutpflege	400 Std.
2.	Stationäre Langzeitpflege	400 Std.
3.	Ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 Std.
III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung		
	Pädiatrische Versorgung	120 Std.*
Summe erstes und zweites Ausbildungsdrittel		1 720 Std.

Letztes Ausbildungsdrittel		
IV. Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung		
1.	Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 Std.
2.	Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	
3.	Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur gerontopsychiatrische Versorgung	
V. Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes		
1.	Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II. bis IV.1. Im Bereich des Pflichteinsatzes nach II.3. auch mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	500 Std.
2.	Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 2 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach III.	
3.	Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 3 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II.2. oder II.3. mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	
VI. Weitere Einsätze / Stunden zur freien Verteilung		
1.	Weiterer Einsatz (z.B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation) - bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. - bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von alten Menschen.	80 Std.

2.	Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Std.
Summe letztes Ausbildungsdrittel		780 Std.
Gesamtsumme		2 500 Std.

* Bis zum 31. Dezember 2024 entfallen auf „III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung“ mindestens 60 und höchstens 120 Stunden. Die gegebenenfalls freiwerdenden Stundenkontingente erhöhen entsprechend die Stunden von „I. Orientierungseinsatz“.

Vorschlag für Ergänzung in der Begründung zu § 3 Absatz 4 PflAPrV-E (Praktische Ausbildung):

„Der Stundenumfang des Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung nach § 7 Absatz 2 PflBG (vgl. Anlage 7, III.) kann für einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2024 flexibel gestaltet werden. Damit kann je nach Bedarf den ausbildenden Einrichtungen im Hinblick auf mögliche Kapazitätsprobleme bei der Durchführung des Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung ausreichend Zeit gegeben werden, die Ausbildungsstrukturen entsprechend aufzubauen. Die Flexibilisierung des Stundenumfangs des Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung und ihre Umsetzung in der Praxis kann in die Evaluierung nach § 68 PflBG einbezogen werden.“

Referat L 4

Berlin, 29. Juni 2018

L 4-79

Bearbeitet von: Manuela Schumann (Tel. 1451)

Termin: 29. Juni 2018

Über

Herrn Ständigen Vertreter L MD 29/06

Frau Abteilungsleiterin L 02/17

Herrn Staatssekretär 03. Juli 2018

Frau PSt'in Weiss

09. Juli 2018

lag ⊕ vor i.v.B. 2018

Eing.: 29. Juni 2018		Nachrichtlich:	
zurück:		Herrn Minister	
Ausg.		Herrn PSt Dr. Gebhart	
		L 3	

Betreff: Gespräch PSt'in Weiss mit Herrn Steffen Kampeter, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) am 3. Juli 2018

Bezug: Vorbereitungsanforderung vom 8. Juni 2018 mit Themenwünschen der BDA vom 21. Juni 2018

Anlagen: - 5 -

Herr Kampeter, Hauptgeschäftsführer der BDA sei Juli 2016, war von 1990 bis 2016 Mitglied des Deutschen Bundestages und von 2009 bis 2015 Parlamentarischer Staatssekretär im BMF. Er hat Frau PSt'in Weiss um ein Gespräch zu den in Anlage 1 aufgeführten Themen gebeten. Als Terminvorbereitung sind Sprechpunkte und Hintergrundinformationen zu folgenden Themen beigelegt:

Krankenversicherung

- Beitragsentwicklung (Anlage 2)
- Parität (Anlage 2)

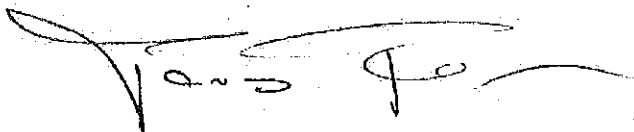
Pflegeversicherung

- Beitragsentwicklung/-steigerung (Anlage 3)
- Ausbildung (Anlage 4)
- Allgemeinverbindlichkeitserklärung (AVE) von Tarifnormen in der Altenpflege (Anlage 5)

Arbeits- und sozialrechtlichen Reformen (Anlage 6)

- Teilhabechancengesetz
- Reformvorschläge Arbeitslosenversicherung und Qualifizierungsoffensive

Die Referate 217, 315, 411, 415 haben zugeliefert, die Referate 228 und 414 waren beteiligt.



PR 1
Hausruf: 1073

08.06.2018

VORBEREITUNGSANFORDERUNG
für Frau Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss MdB

Datum 3. Juli 2018.

Art & Ziel Gespräch mit Herrn Steffen Kampeter Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA

Ort BMG, Büro PStin Weiss

TERMIN EINGANG PST-BÜRO : 25. Juni 2018 12:00 Uhr

Fristverlängerung bis 28.6.18 durch H. Beyer gewährt

*LY und B
unüber
p. M. B.*

Bitte alle Abgabetermine unbedingt pünktlich einhalten!!!

Zur Kenntnisnahme:

An Abteilung L

PR 3

Über L-Reg

Mit der Bitte um

- Datenmaterial zur Thematik
- Rede/Vortrag/Grußwort/Statement, Keynote (bitte als Fließtext/Worddokument, Schriftgröße 22, 1½-zeilig)
- Thesenpapier
- Informationen zum Veranstalter/zur Veranstaltung
- Hintergrundvermerk (u.a. Anlass, bekannte Konflikte, offene Fragen)
- Hintergrundmaterial (z.B. Kopien einschlägiger Vorschriften, Korrespondenz)
- Teilnahme Fachabteilung
- Sonstiges:

Herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Elmar Beyer

E. Beyer

Anlage:

Selten

Schumann, Manuela -L4 BMG

Von: Beyer, Elmar -PR1 BMG
Gesendet: Donnerstag, 21. Juni 2018 17:48
An: Schumann, Manuela -L4 BMG
Cc: Ueberall, Anne -PR1 BMG
Betreff: Themen BDA Termin am 3.7.

Liebe Frau Schumann,

heute Abend habe ich die ersehnten Informationen der BDA für das Gespräch zwischen Frau PStIn Weiss und Herrn Kampeter erhalten. Besprochen werden sollen die folgenden Punkte:

Krankenversicherung:

- Beitragsentwicklung
- Parität

Pflegeversicherung:

- Ausbildung
- Allgemeinverbindlichkeitserklärung (AVE) von Tarifnormen in der Altenpflege

Würden Sie die Vorbereitung koordinierend übernehmen?

Eine Fristverlängerung bis zum 28.06. ist möglich.

Vielen Dank und viele Grüße

Elmar Beyer

Anlage 2

Gespräch von PST in Weiss mit Herrn Steffen Kampeter,
Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA
am 3. Juli 2018

Zuarbeit von Referat 217

Berlin, 28. Juni 2018

Krankenversicherung: Beitragsentwicklung und Parität

I. Mögliche Sprechpunkte

- *Ab 1. Januar 2019 wird der Zusatzbeitrag aufgrund der Vorgabe des Koalitionsvertrages zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen.*
- *Trotz paritätischer Finanzierung gilt es zukünftig die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens zu stärken.*
- *Nachdem es im Jahr 2016 erstmals seit vielen Jahren zu einem moderaten Anstieg der Beitragssätze um 0,2 Prozentpunkte kam, konnte der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Jahr 2018 um 0,1 Prozent auf 1,0 abgesenkt werden.*
- *Für die kommenden Jahre ist im Bereich der GKV mit einer moderaten Beitragsentwicklung zu rechnen. Mit dem GKV-VEG wird der Abbau insgesamt hoher Finanzreserven bei den Krankenkassen ab dem Jahr 2020 fokussiert. Dies kann in der Folge zu einer Senkung beziehungsweise Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes führen.*

II. Hintergrundinformation

Seit dem 1. Januar 2015 beträgt der allgemeine Beitragssatz der GKV 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Diesen Beitrag tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte (7,3 Prozent). Darüber hinaus erheben die Krankenkassen einen allein vom Versicherten zu tragenden, einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, wenn die Zuweisungen, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten, nicht zur Deckung ihrer voraussichtlichen Ausgaben ausreichen.

Nachdem es bei einer Reihe von Krankenkassen seit Anfang 2018 in relativ geringem Umfang zu Beitragssatzanhebungen kam, beträgt der durchschnittlich von den Krankenkassen

erhobene Zusatzbeitragssatz 1,07 Prozent (Stand: Mai 2018). Die Beitragssätze der Krankenkassen liegen zwischen 14,6 bis 16,3 Prozent. Die Spannbreite ist mit 1,7 Prozentpunkten erheblich kleiner als 2008 vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Im Jahr 2008 reichten die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen noch von 12,2 bis 17,4 Prozent, was einer Spanne von über 5 Prozentpunkten entspricht.

Mit der Einführung des pauschalen, vom Versicherten zu tragenden, kassenindividuellen Zusatzbeitrages im Jahr 2009 wurden von einigen Krankenkassen bis 2012 Zusatzbeiträge erhoben. Andere Krankenkassen konnten ihren Versicherten aufgrund einer positiven Finanzentwicklung pauschale Prämien gewähren. In den Jahren 2013 und 2014 hatte sich die finanzielle Situation aller Krankenkassen so stabilisiert, dass keine Krankenkasse mehr einen Zusatzbeitrag erhob.

Mit Einführung des mitgliederbezogenen, prozentualen Zusatzbeitragssatzes und der gleichzeitigen Abschaffung des Sonderbeitrags von 0,9 Prozent ist der Zusatzbeitrag seit 2015 kein Alleinstellungsmerkmal einzelner Krankenkassen mehr, sondern die Regel.

Die Zusatzbeiträge sind im derzeitigen Finanzierungssystem ein unverzichtbares Instrument zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen und zugleich bezahlbaren Versorgung in Deutschland.

Die Stärkung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen hat mit der Einführung von Zusatzbeiträgen in den letzten Jahren zu erheblichen Anstrengungen der Krankenkassen geführt, effizienter zu wirtschaften und sorgsamer mit den Beitragsgeldern der Versicherten umzugehen. Dies zeigt sich unter anderem in einem erheblichen Anstieg der Einsparungen, die die Krankenkassen in Rabattverträgen mit der Pharmazeutischen Industrie erzielen sowie in dem moderaten Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen. Effizientes Wirtschaften ist angesichts steigenden Ausgabendrucks notwendige Voraussetzung für eine langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung auf hohem qualitativem Niveau.

Der positive Einfluss des Wettbewerbs ist somit ein wesentlicher Grund für die Beitragssatzstabilität. Nachdem es im Jahr 2016 erstmals seit vielen Jahren zu einem moderaten Anstieg der Beitragssätze um 0,2 Prozentpunkte kam, konnte mit Blick auf die zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2018 auf Basis der Annahmen des Schätzerkreises der durchschnittliche ausgabendeckende Zusatzbeitrag für das Jahr 2018 um 0,1 Prozent auf 1,0 abgesenkt werden.

Wie von den Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD im Koalitionsvertrag vereinbart, soll auch der Zusatzbeitrag mit Inkrafttreten des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-

VEG) ab 01. Januar 2019 zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern geleistet werden.

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Rentnerinnen und Rentner werden durch die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags mit einem Volumen von rund 6,9 Milliarden Euro entlastet. Entsprechende Belastungseffekte ergeben sich für Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger. Für die Arbeitgeber führt die vollständige Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung nach derzeitigem Stand zu einem Anstieg des Beitragssatzes von 0,5 Prozent und bedeutet finanzielle Mehrbelastungen ab dem Jahr 2019 von rund 4,9 Mrd. Euro jährlich.

Die aktuelle Finanzlage der GKV ist überaus positiv zu beurteilen. Nach Überschüssen von 3,5 Mrd. Euro in 2017 und rund 400 Mio. Euro im 1. Quartal 2018 verfügen die gesetzlichen Krankenkassen über Finanzreserven in Höhe von rund insgesamt rund 19,9 Mrd. Euro (Stand Ende März 2018). Angesichts der Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen und einer erkennbar mangelnden Bereitschaft zahlreicher Krankenkassen, vorhandene Spielräume für Beitragssatzsenkungen im Sinne ihrer Versicherten zu nutzen, sind im Rahmen des GKV-VEG gesetzliche Maßnahmen vorgesehen, die die Krankenkassen stärker als bisher veranlassen sollen, ihre Finanzreserven abzubauen und die Mitglieder über die Absenkung der Zusatzbeiträge zu entlasten. Dazu werden für die Finanzreserven der Krankenkassen und für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gesetzlich definierte Höchstgrenzen vorgesehen und automatische Abbaumechanismen geschaffen, damit überschüssige Mittel der Gesundheitsversorgung wieder zugeführt und die Zusatzbeiträge stabilisiert beziehungsweise gesenkt werden können. Die Abbaumechanismen sollen nach einer RSA-Reform ab dem Jahr 2020 greifen. Gleichzeitig dürfen nach den vorgesehenen Regelungen des GKV-VEG Krankenkassen mit Finanzreserven von mehr als einer Monatsausgabe bereits ab 2019 ihren Zusatzbeitrag nicht mehr anheben.

Der Abbau der Finanzreserven bei einzelnen Krankenkassen kann durch Senkung beziehungsweise Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes zu einer Entlastung der Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber ab dem Jahr 2020 über drei Jahre in der Größenordnung von jährlich rund 0,25 bis 0,5 Milliarden Euro führen. Dabei sind die Vertreter der Selbstverwaltung (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) zukünftig gefordert, stärker als bisher darauf hinzuwirken, dass vorhandene Spielräume für Beitragssatzsenkungen bei den jeweiligen Krankenkassen zugunsten der Versicherten und Betriebe ausgeschöpft werden.

Anlage 3

Gespräch von PST in Weiss mit Herrn Steffen Kampeter,
Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA
am 3. Juli 2018

Referat 415

Bearbeiter: Magnus Kuhn (Tel. 1215)

Berlin, 29. Juni 2018

Pflegeversicherung: Beitragsentwicklung

I. Mögliche Sprechpunkte

- Die soziale Pflegeversicherung wird dieses Jahr voraussichtlich mit einem Defizit von etwa 3 Mrd. € abschließen.
- U.a. weil zur Zeit noch mehr Pflegebedürftige von den mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Leistungsverbesserungen profitieren als im Vorfeld angenommen, ist eine Beitragssatzanhebung um 0,3 Beitragssatzpunkte ab 2019 notwendig.
- Diese Beitragssatzanhebung reicht ohne weitere Leistungsverbesserungen unter den derzeitigen Bedingungen aus, um die sonst in den kommenden Jahren zu erwartenden Defizite zu decken und die Maßnahmen des Pflegesofortprogramms zu finanzieren.

II. Hintergrundinformation

1. Beitragssatzanhebung mit Umsetzung Sofortprogramm

Die im aktuellen Entwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes und im Beitragsentlastungsgesetz enthaltenen Maßnahmen haben folgende Auswirkungen auf die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung:

- Förderung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf - Förderprogramm mit jährlich bis zu 100 Mio. € von 2019 bis 2024.
- Zuschüsse zu Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen im Umfang von insgesamt 310 Mio. € in den Jahren 2019 bis 2021.
- Vergütung von Beratungsbesuchen ca. 50 Mio. € ab 2020
- Hinzu kommen Mindereinnahmen vor 135 Mio. € jährlich ab 2019 durch die geplante Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für Selbständige.

Finanzwirkungen des Sofortprogramms und des Beitragsentlastungsgesetzes

Jahr	2019	2020	2021	2022
Verhandlung Vergütung Beratungsbesuche		50	50	50
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	100	100	100	100
Digitalisierung	100	110	100	
Mindereinnahmen Selbständigenbeiträge	135	135	135	135
gesamt	335	395	395	285

Zur Finanzierung dieser Finanzwirkungen und zur Deckung der aktuellen Defizite reicht die angekündigte Beitragssatzanhebung von 0,3 Beitragssatzpunkten ohne weitere Leistungsverbesserungen unter den derzeitigen Bedingungen aus.

2. Beitragssatzentwicklung bei Umsetzung weiterer Maßnahmen des Koalitionsvertrags

Die Kosten der Umsetzung der weiteren Maßnahmen des Koalitionsvertrags hängen von der noch nicht feststehenden genauen Ausgestaltung ab. Abhängig davon könnte sich ein zusätzlicher mittelfristiger Finanzbedarf von nochmals ca. 0,2 Beitragssatzpunkten ergeben.

3. Ursachen des aktuellen Defizits

Durch die großzügigen Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen beim Übergang zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erhalten derzeit mehr Pflegebedürftige höhere Leistungen, als sich bei einer (technisch kaum durchführbaren) Neubegutachtung aller Pflegebedürftigen ergeben hätten. Mit dem Ausscheiden der übergeleiteten Pflegebedürftigen reduzieren sich diese Ausgaben wieder. Dieser Prozess verläuft langsamer als ursprünglich geschätzt, so dass die Zusatzausgaben über einen längeren Zeitraum anfallen.

Höhere Ausgaben als während der Erarbeitung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes im Jahr 2015 erwartet ergeben sich auch im Bereich der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen. Insgesamt ist daher mit einem Defizit von rd. 3 Mrd. € in 2018 zu rechnen.

4. Gesamtwirtschaftliche Einordnung der geplanten Beitragssatzanhebung

Der erforderlichen Beitragssatzanhebung in der Pflegeversicherung steht eine mindestens gleich hohe Beitragssatzsenkung in der Arbeitslosenversicherung gegenüber. In der Summe steigen deshalb die Sozialversicherungsbeiträge nicht und bleiben weiterhin unter 40 %.

Anlage 4

Gespräch von PST in Weiss mit Herrn Steffen Kampeter,
Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA
am 3. Juli 2018

Referat 315

Bearbeiterin: Maria Szur (Tel. 2620)

Berlin, 27. Juni 2018

Pflegeversicherung: Ausbildung

I. Mögliche Sprechpunkte

- Die am 28. Juni 2018 im Bundestag verabschiedete Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe setzt die im Pflegeberufegesetz geregelten Einzelheiten der Pflegeausbildung um. Sie ist essentieller Bestandteil der Reform der Pflegeberufe. (Bundesrat 21. September 2018)
- Der Auszubildende kann zukünftig zwischen einem einheitlichen Abschluss als Pflegefachkraft oder einem Abschluss in der Kinderkranken- oder Altenpflege wählen.
- Das Berufsbild der Altenpflege wird durch klar auf die Altenpflege zugeschnittene Kompetenzen erhalten und gestärkt.
- Alle, die den Beruf der Altenpflege anstreben, bringen mit dem geforderten Schulabschluss die notwendigen Voraussetzungen mit. Keiner wird überfordert.
- Die Auszubildenden können im Unterricht vertiefende Angebote für spezifische Fallsituationen und Zielgruppen nutzen. So ist es z.B. möglich, sich speziell mit der Begleitung und Unterstützung dementiell erkrankter Menschen zu beschäftigen.

II. Hintergrundinformation

1. Pflegeberufegesetz

In der letzten Legislaturperiode hat der Bundestag das Pflegeberufegesetz beschlossen. Nach intensiven Diskussionen wurde mit dem Gesetz die Voraussetzung dafür geschaffen, ab dem Jahr 2020 eine zeitgemäße und stärker vereinheitliche Ausbildung im Pflegebereich einzuführen. Die Auszubildenden können zukünftig wählen, nach einer gemeinsamen Grundausbildung entweder eine breit gefächerte Ausbildung zu absolvieren, mit der sie in jedem Pflegebereich eingesetzt werden können,

oder aber einen speziellen Kinderkranken- oder Altenpflegeabschluss zu machen. Dieser neuen Ausbildung liegt der Gedanke zugrunde, die verschiedenen Lebenssituationen der zu pflegenden Menschen in der Ausbildung besser abzubilden und gleichzeitig die vielfältigen Herausforderungen des Arbeitsalltages in die Ausbildung aufzunehmen. Die Auszubildenden erhalten damit für ihr Berufsleben die größtmögliche Entscheidungsfreiheit.

2. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe

Die am 28. Juni 2018 vom Bundestag verabschiedete Ausbildungs- und Prüfungsverordnung setzt die Vorgaben des Pflegeberufgesetzes um. Das Gesetz stellt dabei die Leitplanken. Die vorliegende Verordnung ist praxisbezogen und orientiert sich an den Handlungskompetenzen, die eine moderne Ausbildung nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen haben muss, ohne die Auszubildenden zu überfordern. Insbesondere für den Spezialbereich Altenpflege gab es hier intensive Diskussionen, in welche sich vor allem die **BDA** einbrachte. Die **BDA** machte sich dafür stark, dass das Berufsbild der Altenpflege in der Verordnung deutlicher abgebildet wird. Nach konstruktiven Gesprächen wurden insbesondere die Kompetenzen für die Prüfung in der Altenpflege (Anlage 4 der VO) überarbeitet. Das Berufsbild der Altenpflege wird durch klar auf die Altenpflege zugeschnittene Kompetenzen erhalten und gestärkt. Darüber hinaus wurde eine Möglichkeit zur Einführung vertiefender Angebote für spezifische Fallsituationen und Zielgruppen geschaffen. So wird es zukünftig z.B. möglich sein, sich in der Ausbildung speziell mit der Begleitung und Unterstützung dementiell erkrankter Menschen zu beschäftigen. In der Kabinettsfassung ist der zwischen MdB Lauterbach und MdB Nüsslein vereinbarte Kompromiss eingeflossen (Stichwort: Pflegediagnostik, Pflegeprozessgestaltung). Insgesamt ist Anlage 4 der VO ausgewogen, da sie die Interessen der Auszubildenden sowie der zu Pflegenden berücksichtigt und damit die Balance zwischen den Anforderungen an das Berufsbild und den in Zukunft zu erwartenden Bedarfen hält.

3. Finanzierungsverordnung

Zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes ist auch eine Finanzierungsverordnung erforderlich, die Einzelheiten der Finanzierung der neuen Pflegeausbildung regelt. Der Referentenentwurf dieser Verordnung befindet sich derzeit in der Ressort-, Länder- und Verbändeanhörung (Stellungnahmefrist: 6. Juli 2018). Die **BDA** wurde einbezogen. Am 13. Juli findet eine mündliche Anhörung der Verbände statt.

Anlage 5

Gespräch von PST in Weiss mit Herrn Steffen Kampeter,
Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA
am 3. Juli 2018

Auf Basis der Zulieferung von Referat 411

Berlin, 29. Juni 2018

Pflegeversicherung: Allgemeinverbindlichkeitserklärung (AVE) von Tarifnormen in der Altenpflege

I. Mögliche Sprechpunkte

- Der Koalitionsvertrag sieht vor, gemeinsam mit den Tarifpartnern dafür zu sorgen, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen.
- Angemessene Löhne und gute Arbeitsbedingungen in der Altenpflege sind das Ziel.
- Die Bundesregierung beabsichtigt, das Thema mit den beteiligten Akteuren im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege zu erörtern.

II. Hintergrundinformation

Das Ziel, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen sollen, sollte gemeinsam mit den zuständigen Partnern für die bereits jetzt bestehenden überbetrieblichen Entgeltregelungen angestrebt werden (TVöD, Tarifverträge der nicht-kirchlichen freigemeinnützigen Träger (z.B. DRK, AWO), und die kirchlichen Entgelt-Richtlinien). Die Bundesregierung beabsichtigt, das Thema mit den beteiligten Akteuren im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege zu erörtern. Hierbei ist sachgerecht, den Kreis der Beteiligten **in Anlehnung** an die Besetzung der **Kommission für die Festlegung des Mindestlohns** entsprechend weit zu fassen, damit alle maßgeblichen Beteiligten vertreten sind. In der Mindestlohn-Kommission ist auch Herr **Kampeter** vertreten. Ggfs. könnte zu diesem Zweck auch durch Gesetz eine Kommission mit einem noch näher zu bestimmenden Arbeitsauftrag eingerichtet werden. Nahziel kann sein, die bestehenden Regelwerke zu harmonisieren. Wegen der weiteren Details wird auf den von Referat 411 übersandten Sachstands-Vermerk nebst Anlage (Anlagen 5.1 und 5.2) verwiesen.

Anlage 5.2

Gespräch von PST in Weiss mit Herrn Steffen Kampeter,
Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA
am 3. Juli 2018

UAL 41

Berlin, den 6. April 2018

Bearbeitet von: Dr. Martin Schölkopf (Tel. 1006)

Betreff: Bezahlung von Pflegekräften;

Bezug: Anforderung Min-Büro vom 4. April

Prüfaufträge des Ministers zur Vereinbarung des Koalitionsvertrags bezüglich der Tarifbindung in der Pflege

1. Bezahlung von Pflegekräften

1.1. Empirische Daten:

a) Durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen von (sozialversicherungspflichtig beschäftigten) Vollzeitkräften in Alten- und Krankenpflege (Quelle: Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit, IAB)

Fachkräfte in der Krankenpflege:	3.239 Euro
Fachkräfte in der Altenpflege:	2.621 Euro
Helfer in der Krankenpflege:	2.478 Euro
Helfer in der Altenpflege:	1.870 Euro

(eine Differenzierung in ambulant/stationär ist nicht möglich)

Zum Vergleich:

Durchschnittseinkommen aller (sv-pflichtigen Vollzeit-) Beschäftigten:	3.133 Euro
Durchschnittseinkommen von Physiotherapeuten:	2.192 Euro
Gehalt Beamter A 8 Bund (nur Grundgehalt, ohne Familienzuschläge):	2.846 Euro
Gehalt Beamter A 12 Bund (wie oben):	4.204 Euro

b) Anstieg der Einkommen 2012-2016:

Fachkräfte in der Krankenpflege:	+ 8,9 Prozent
Fachkräfte in der Altenpflege:	+ 9,4 Prozent
Helfer in der Krankenpflege:	+ 7,1 Prozent
Helfer in der Altenpflege:	+ 9,6 Prozent

Zum Vergleich:

Anstieg Einkommen aller Beschäftigten: + 8,6 Prozent

c) Löhne in der Kranken- und Altenpflege nach Bundesländern

Monatliche Bruttoentgelte von Fachkräften und Helfern nach Bundesländern, 2016				
	Fachkräfte		Helfer	
	Fachkräfte in der Altenpflege	Fachkräfte in der Krankenpflege	Helfer in der Altenpflege	Helfer in der Krankenpflege
Schleswig-Holstein	2.533 €	3.240 €	1.807 €	2.228 €
Hamburg	2.806 €	3.276 €	2.069 €	2.693 €
Niedersachsen	2.424 €	3.191 €	1.747 €	2.415 €
Bremen	2.588 €	3.419 €	1.906 €	2.326 €
Nordrhein-Westfalen	2.801 €	3.370 €	2.175 €	2.701 €
Hessen	2.631 €	3.255 €	1.899 €	2.468 €
Rheinland-Pfalz	2.721 €	3.335 €	1.888 €	2.794 €
Baden-Württemberg	2.937 €	3.396 €	2.048 €	2.663 €
Bayern	2.875 €	3.313 €	2.013 €	2.544 €
Saarland	2.728 €	3.476 €	2.088 €	2.412 €
Berlin	2.528 €	3.144 €	1.760 €	2.045 €
Brandenburg	2.283 €	2.839 €	1.630 €	2.008 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.180 €	2.798 €	1.621 €	1.800 €
Sachsen	2.050 €	2.881 €	1.597 €	1.929 €
Sachsen-Anhalt	1.985 €	2.917 €	1.586 €	2.153 €
Thüringen	2.245 €	2.975 €	1.624 €	2.028 €

Quelle: IAB.