

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zu
Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
Drucksache 19/26822 -**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zu Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG).

Der DPR bedauert, dass es in dieser Legislatur nicht zu der so lange anstehenden und so dringend benötigten, umfassenden Pflegereform, insbesondere mit Blick auf nachhaltige und zukunftsfeste Finanzierungsregelungen, gekommen ist.

Nunmehr ist es ein „Reförmchen“ geworden, das erste Schritte u.a. zur Begrenzung der finanziellen Belastung Pflegebedürftiger und besseren Vergütung Pflegenden regelt.

Derzeit gehen sowohl ein Mehr an Verdienst der Pflegenden als auch die Verbesserungen der Pflegestellenschlüssel zulasten der Pflegebedürftigen. Das muss nachhaltig geändert werden. Bessere Stellenschlüssel und Bezahlung sind Bedingung dafür, dass eine ausreichende Anzahl von Personen den Pflegeberuf ergreifen, in dem Bereich arbeiten (ambulante Pflege, stationäre Pflege, Krankenhaus etc.), der der persönlichen Neigung entspricht und auch langfristig im Beruf verbleiben. Entsprechend muss es eine auskömmliche und vergleichbare Vergütung in allen Bereichen geben, um nicht nur Berufsausstiege zu verhindern, sondern auch, um einer Abwanderung der Pflegenden aus stationären Pflegeeinrichtungen mit geringen Löhnen in das finanziell attraktivere Krankenhaus entgegen zu wirken.

Schließlich bedarf es einer Personalbemessung, die zur Erbringung der fachlich erforderlichen Pflege zu spürbar mehr Personal führt und ein erkennbares Signal an die Berufsgruppe sendet, dass die Belastung zeitnah und nachhaltig abnimmt und weiter abnehmen wird. Dafür muss es beim PeBeM einen Vorgriff auf die Endausbaustufe geben, um das verlorengegangene Vertrauen der Berufsgruppe in den Regelungswillen der Politik wieder zurückzugewinnen zu können.

Die sich durch höhere Löhne und den Stellenausbau zwangsläufig ergebenden Pflegepersonalkostensteigerungen dürfen in keiner Weise zulasten der Pflegebedürftigen gehen. Deshalb muss aus Sicht des DPR der Eigenanteil der Pflegebedürftigen bezüglich der pflegebedingten Kosten auf einen überschaubaren und planbaren Betrag gedeckelt werden.

Zu den Änderungsanträgen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 10, § 33 Absatz 5a Satz 3

Die Folgeänderung durch den neuen § 40 Absatz 6 SGB XI, wonach die Verordnungsfähigkeit bestimmter (Pfleger-)Hilfsmittel durch Pflegefachpersonen geregelt wird, begrüßt der DPR.

Nummer 11, a), § 37 Absatz 2a

Der DPR begrüßt als Schritt in die richtige Richtung, dass sich die gesetzliche Krankenversicherung nunmehr an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro beteiligen soll. Aus Sicht des DPR kann allerdings bis zur Endausbaustufe des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c damit die Erbringung der ärztlich delegierten SGB V-Leistungen keinesfalls im vollen Umfang refinanziert sein. Ob es danach der Fall sein wird, bedarf dann einer weiteren Prüfung.

Nummer 11, b), Absätze 8 bis 10

Der DPR begrüßt, dass der Strategieprozess des Bundesgesundheitsministeriums nunmehr zu Regelungen führen soll, die die Kompetenzen von Pflegefachpersonen über erweiterte Aufgaben in die Versorgung einbeziehen, indem diese regelhaft die Dauer und Frequenz der vom Arzt verordneten Maßnahmen eigenverantwortlich festlegen können. Wir sehen dies als ersten wichtigen Schritt.

Pflegefachpersonen erwerben im Rahmen ihrer Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz Kompetenzen, wie in den beispielhaft genannten Bereichen den Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung ebenso wie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen und die damit einhergehenden pflegefachlichen Beurteilungen der Maßnahmen. Daher bedarf es dazu keiner zusätzlichen Qualifikation oder Eignung für diese Aufgaben.

Um dieses Vorhaben in die Umsetzung zu bringen, müssen weitere Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung erfolgen, ähnlich der Blankoverordnung für Heilmittel.

Gemäß Absatz 8 soll der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ordnungsfähigen Maßnahmen regeln, über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können.

Weiterhin möchten wir darauf hinweisen, dass den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt wird, nicht jedoch den pflegerischen Berufsverbänden. Wir bitten, diese ebenfalls in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen.

Wünschenswert wäre zudem eine regelmäßige Evaluation durch den GKV-Spitzenverband, um den Nutzen dieser Regelungen auswerten zu können und damit Zahlen zu beantragten, genehmigten und abgerechneten Leistungen der Häuslichen Krankenpflege zur Auswertung zur Verfügung zu haben.

Da die Anordnungen zur Erbringung der vertragsärztlich verordneten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege durch Pflegefachpersonen in den stationären Pflegeeinrichtungen nach Art und Umfang denen der ambulanten Pflege entsprechen, bedarf es über die im Änderungsantrag genannten Regelungen hinaus noch der Ergänzung um

entsprechende Geltungs-Regelungen für die Erbringung und die Finanzierung dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Nummer 13a, § 39e und Nummer 38g, § 132m

Der DPR befürwortet generell die Einführung eines Anspruches auf Übergangspflege im Krankenhaus. Die Pflegedienste sowie der stationäre Langzeit- und Kurzzeitpflegebereich sind stark belastet. In diesen Einrichtungen wird eine größere Flexibilität beim Übergang vom Krankenhaus in die weitere Versorgung zur Entlastung führen. Eine direkte Anschlussheilbehandlung in der medizinischen Rehabilitation, ohne Wartezeiten in einem neuen Pflegesetting, liegt im Interesse der Patient:innen.

Aber auch die Krankenhäuser sind stark ausgelastet und die Pflegefachpersonen in der Regel überlastet. Die Übergangspflege in Krankenhäusern kann also nur durch zusätzliche Stellen in der Pflege im Krankenhaus gewährleistet werden. Diese müssen gesichert finanziert sein, denn eine Mitfinanzierung über die Erlöse aus den DRGs wird nicht möglich sein. Bei der Übergangspflege steht die Pflege im Vordergrund. Bei der Stellenberechnung ist die Übergangspflege entsprechend des individuellen Pflegebedarfs zu berechnen, dazu bedarf es einer Personalbemessung, die den individuellen Pflegebedarf der Patient:innen erfasst. Eine sofortige Einführung der PPR 2.0 als Interimsinstrument parallel zum gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung eines neuen Verfahrens wird durch die Regelungen der Übergangspflege im Krankenhaus umso dringlicher.

Der Pflegepersonalschlüssel in der stationären Langzeit- und Kurzzeitpflege ist nicht mit dem Pflegepersonalschlüssel im akutstationären Bereich gleichzusetzen. In der stationären Langzeitpflege variiert der Soll-Personalschlüssel gemäß dem Abschlussbericht des Qualitätsausschusses Pflege zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zwischen den Pflegegraden von 1:3,7 (Pflegegrad 1) und 1:1,1 (Pflegegrad 5). Im Vergleich dazu liegen die Pflegepersonaluntergrenzen im akutstationären Bereich im Sinne der PpuGV z. B. in den Bereichen der Geriatrie, Kardiologie und Neurologie in der Tagschicht bei 1:10. Vergleichbar ist die Situation im Bereich therapeutischer Leistungen im Sinne der Frührehabilitation. Die Erbringung therapeutischer Leistung kann indikationsspezifisch nur bei Verfügbarkeit entsprechend qualifizierter Therapeuten erbracht werden. Zur Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus müssen demnach zwingend die notwendigen Strukturvoraussetzungen – insbesondere ein bedarfsgerechter Pflegepersonalschlüssel – zur Verfügung stehen und refinanziert werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Patient:innen sicherzustellen.

Gleichzeitig muss über diesen Weg eine auskömmliche Finanzierung zur Vorhaltung der allgemeinen Krankenhausstrukturen beachtet werden. Die allgemeinen Vorhaltekosten im Bereich der akutstationären Krankenhausversorgung unterscheiden sich erheblich von den Vorhaltekosten im Bereich der stationären Langzeit- und Kurzzeitpflege. Diesem Umstand muss bei der Refinanzierung von Leistungen zur Übergangspflege im Krankenhaus hinreichend Rechnung getragen werden. Neben der pflegerischen Leistung sollen Versicherte im Rahmen der Übergangspflege im Krankenhaus zudem Anspruch auf Leistungen analog der allgemeinen Krankenhausbehandlung haben. Diese sollen unter anderem die ärztliche Behandlung sowie Leistungen zur Frührehabilitation und Mobilisation umfassen. Insbesondere Leistungen zur allgemeinen Frührehabilitation sind in diesem Zusammenhang medizinisch-inhaltlich eindeutig von Leistungen der spezialisierten Frührehabilitation – wie die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung oder die fachübergreifende und andere Frührehabilitation – abzugrenzen.

Der DPR regt zur Konkretisierung der Übergangspflege im Krankenhaus nachfolgende Ergänzungen der neugefassten §§ 39e und 132m SGBV an:

Ergänzungsvorschlag zu § 39e Absatz 1

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden, vergütet die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, sofern die strukturellen Gegebenheiten zur Verfügung gestellt werden können. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur allgemeinen Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung im Sinne des § 39 SGB V. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum [Einsetzen: letzter Tag des dritten Monats nach dem Inkrafttreten] das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. Kommt die Vereinbarung nach Satz 5 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.

Ergänzungsvorschlag zu § 132m:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d. Die Verträge regeln insbesondere das Nähere zur Durchführung und Vergütung von Leistungen zur Übergangspflege im Krankenhaus. In den Verträgen sind die notwendigen strukturellen Gegebenheiten unter Beachtung indikationsspezifischer Besonderheiten zu berücksichtigen. Allgemeine Vorhaltekosten für akutstationäre Krankenhausbetten sind in der Vergütungsvereinbarung hinreichend zu berücksichtigen und die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.

Nummer 18a § 64d

Bereits 2012 verabschiedete der G-BA eine Richtlinie auf der Basis von § 63 (3c) SGB V über ärztliche Tätigkeiten, die auf Pflegefachpersonen übertragen werden können. In Modellvorhaben sollte dies erprobt werden. Dies ist allerdings kaum umgesetzt worden.

Der DPR begrüßt, dass nun Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten verpflichtend eingeführt werden sollen, die Pflegefachpersonen die selbständige Ausübung von Heilkunde ermöglichen. Pflegefachpersonen kennen die Lebenssituation und -umstände des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit und können somit in bestimmten Fällen am besten Entscheidungen für einen wirksamen Hilfsmiteleinsatz treffen. Schon heute geht z. B. bei der Versorgung chronischer Wunden der Impuls für die Verordnung meist vom Pflegedienst bzw. der/dem Pflegeexpert/In aus, der auch detaillierte Hinweise zur notwendigen Versorgung gibt. Die Einholung einer ärztlichen Verordnung stellt einen zum Teil langwierigen bürokratischen Umweg dar, der die notwendige Versorgung unnötig verzögert. Daher ist es

folgerichtig, Pflegefachpersonen mehr Entscheidungsbefugnisse bei der Ausgestaltung zu übertragen.

Weitere Regelungen zu den Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung

Der DPR schlägt vor, in § 63 Absatz 3c SGB V einen neuen Absatz einzufügen:

Dieser soll regeln, dass in Abweichung von § 14 Pflegeberufegesetz der Erwerb der erweiterten Kompetenzen zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten auch im Rahmen einer auf Landesrecht bzw. Regelung einer Pflegekammer basierenden Weiterbildung erworben werden kann, soweit die Weiterbildungsinhalte die standardisierten Module nach § 14 Abs. 4 Pflegeberufegesetz der Fachkommission nach § 53 abbilden. Dies wäre ein wichtiger Beitrag zu einem deutlich größeren Qualifizierungsangebot insbesondere für berufserfahrene Pflegefachpersonen.

In § 87 Absatz 1 muss geregelt werden, dass die Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte mit Fristsetzung 2021 zur Ermöglichung der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen (Ausbildung nach PfIBG) zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde nach § 63 Abs. 3c SGB V und für Modellvorhaben neuen Typs eine Vereinbarung beschließen, damit zur Verordnung und Überweisung im Rahmen der Einbeziehung weiterer diagnostischer und therapeutischer Leistungen Vordrucke aus der vertragsärztlichen Versorgung verwendet sowie die Beschäftigtennummern und die Betriebsstättennummern nach § 293 Abs. 8 Nummern 1 und 2 zur Verwendung von Vordrucken aus der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden können. Wird die Frist gewahrt, kommt es zur Ersatzvornahme durch das BMG. Ohne eine solche Regelung sind Modelle der selbstständigen Ausübung der Heilkunde in der ambulanten Versorgung nicht umsetzbar.

Änderungsantrag 4

§ 43c Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils

Der DPR begrüßt die Bemühungen des Gesetzgebers, den pflegebedingten Eigenanteil Pflegebedürftiger in stationären Pflegeeinrichtungen zu begrenzen. Eine solche Begrenzung ist die Grundvoraussetzung dafür, dass die dringend benötigten Regelungen für mehr Pflegepersonal und eine angemessenere Vergütung/Entlohnung überhaupt umgesetzt werden können. Solange die Pflegebedürftigen im Rahmen des pflegebedingten Eigenanteils die Kosten für eine bessere Personalausstattung und Lohnerhöhungen tragen müssen, sind dementsprechende Regelungen nicht finanzierbar.

Um Pflegebedürftige von den damit zusammenhängenden Kostensteigerungen spürbar zu entlasten, darf die Begrenzung jedoch nicht durch einen gestaffelten prozentualen Leistungszuschlag erfolgen, wie im Änderungsantrag vorgesehen, sondern muss auf einen absoluten, kalkulierbaren Betrag gedeckelt werden, wie u.a. von Rothgang/Kalwitzki beschrieben¹ und es in den vom BMG vorgelegten Eckpunkten zur Pflegereform vom 04.11.2020 vorgesehen war. Andernfalls müssen die Pflegebedürftigen oder ggf. der Sozialhilfeträger die Steigerung der Personalkosten durch zusätzliche Stellen und eine bessere Vergütung der Pflegenden mindestens in den ersten zwei bis drei Jahren weiterhin zu großen Teilen mitfinanzieren.

¹ Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform.

Die vorgesehene gestaffelte Kostenreduktion bringt somit für eine große Gruppe Pflegebedürftiger und ggf. ersatzweise auch für die Sozialhilfeträger keine Entlastung, weil die durchschnittliche Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen bei 18 Monaten liegt².

Angesichts des derzeit schon hohen Eigenanteils, den Pflegebedürftige mit den Kosten für den pflegebedingten Aufwand, für Unterkunft und Verpflegung und für die Investitionen insgesamt tragen müssen, ist aus Sicht des DPR diese Regelung der prozentualen Reduzierung im Hinblick auf die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen - als einem Teil der staatlichen Verpflichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung - nicht zielführend.

Ergänzend weisen wir zum einen noch darauf hin, dass das Problem der Investitionskosten nicht gelöst wird: Die Länder entziehen sich weiterhin ihrer Finanzierungsverpflichtung und wälzen diese Kosten vollumfänglich auf die Pflegebedürftigen ab.

Weiterhin ist es aus Sicht des DPR dringend erforderlich, unter den Regelungen zu den Rahmenverträgen nach § 75 die prozentuale Zuweisung der Personalkostenteile zu den unterschiedlichen Kostenteilen des Pflegesatzes einheitlich festzulegen und sie seitens des Bundes nicht nur zu empfehlen. Es kann nicht sein, dass z. B. ein Bundesland entscheidet, die Personalkosten für die Hauswirtschaft zu 100 % den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zuzuordnen und ein anderes den Teil der „Küche“ zu 70 % dort zuordnet statt der empfohlenen Aufteilung von je 50 % auf den pflegebedingten Aufwand und die U+V-Kosten.

Die in diesen beiden und evtl. auch noch anderen Bundesländern dadurch gegebene Kostenverschiebung führt dazu, dass sie nicht unter die Reduzierung des pflegebedingten Aufwandes fallen und die im anderen Bereich höheren Kosten weiterhin voll vom Pflegebedürftigen zu tragen sind.

Änderungsantrag 5

Nummer 4 § 72 Absätze 3a und 3b

Der DPR begrüßt grundsätzlich, dass der Versorgungsvertrag stationärer Pflegeeinrichtungen daran gebunden werden soll, dass Pflegenden eine tarifliche Entlohnung erhalten bzw. dass sich die Vergütung an einem Tariflohn orientieren muss.

Es ist für uns allerdings nicht verständlich, dass dies erst ab September 2022 verpflichtend gelten soll. Der DPR fragt, ob es gewollt ist, dass noch bis einschließlich August 2022 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ohne Tarifverträge oder einer Orientierung an solchen durch untertarifliche Löhne der Pflegepersonen ein „Wettbewerbsvorteil am Markt“ gegenüber anderen vollstationären Pflegeeinrichtungen bestehen bleibt? Die Aussage, „in die Überlegungen zur Wahl eines Pflegeheims auch die Höhe des Pflegesatzes einzubeziehen“ in der Begründung zum Änderungsantrag 4 Nummer 1a kann jedenfalls auch dahingehend verstanden werden.

Für alle davon betroffenen Pflegenden ist das Hinauszögern tariflicher oder damit vergleichbarer Entlohnungen ausdrücklich kein Signal der jetzt dringend erforderlichen Verbesserung der Rahmenbedingungen ihres Arbeitens, das den Berufsausstieg verhindert oder gar zum Wiedereinstieg ermuntern könnte.

Weiterhin muss darauf geachtet werden, dass sog. ‚Gelbe Gewerkschaften‘ nicht das Ziel des Gesetzgebers unterlaufen.

² Jörg Schäfer (2017) Pflegeheime: Bedarf an Pflegeplätzen steigt, Personalknappheit auch, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung <https://idw-online.de/de/news685141>

Darüber hinaus muss aus Sicht des DPR sichergestellt werden, dass es für Pflegenden in stationären Pflegeeinrichtungen innerhalb von Tarifwerken gar keine oder innerhalb des im Gesetz genannten jeweiligen regional üblichen kollektivrechtlichen Entgeltniveaus keine nennenswerten Unterschiede zu den Vergütungen von in Krankenhäusern beschäftigten Pflegepersonen gibt. Eine entsprechende Überprüfung auch der Tarifwerke ist daher unerlässlich.

Zum anderen weisen wir darauf hin, dass diese Regelung nur der erste Schritt hin zu einer angemessenen Entlohnung der Pflegenden sein kann. Um den Pflegeberuf zukunftssicher und attraktiv zu machen, ist über die jeweiligen Tarifvertragspartner oder ersatzweise einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag sicherzustellen, dass Pflege(fach)personen ein deutlich höheres Gehalt bekommen, das den Lebensunterhalt einschließlich von Maßnahmen der Regeneration und Gesunderhaltung in diesem mit vielfachen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Beruf abdeckt und ihrer Qualifikation und Verantwortung entspricht.

Nummer 7 § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

Der DPR begrüßt, dass bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Aus der Begründung zu Nummer 7 Absatz 2 ergibt sich, dass Pflegeeinrichtungen, die nicht an tarif- oder kirchenarbeitsrechtliche Regelungen gebunden sind, wählen, „in Höhe welcher anwendbaren kollektivrechtlichen Regelung sie ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, entlohnen“. Dabei soll eine Anknüpfung an das jeweilige regional übliche kollektivrechtliche Entgeltniveau erfolgen. Wie das regional übliche Entgeltniveau ermittelt werden soll, wurde ebenfalls geregelt. Ob allerdings die „Anknüpfung“ an das regional übliche Entgeltniveau zu dem dringend erforderlichen deutlichen Anstieg des Verdienstes Pflegenden führt, sehen wir skeptisch.

Begrüßenswert ist, dass eine Überschreitung des regional üblichen Entgeltniveaus bis 10 Prozent in diese Regelung einbezogen ist.

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 2 Nummer 0, 0a, 4 bis 6 (Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (Konzertierte Aktion Pflege)

Der DPR befürwortet die Einführung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für das Pflege- und Betreuungspersonal in vollstationären Einrichtungen. Wir sehen daher die hier festgelegten Personalanhaltswerte als wichtigen Schritt in die richtige Richtung, weisen an dieser Stelle aber auf verschiedene Aspekte hin, die aus unserer Sicht nicht ausreichend gewürdigt werden bzw. nicht zur vorgesehenen Weiterentwicklung der pflegerischen Qualität beitragen bzw. sogar die Sicherstellung der Qualität gefährden:

- Das angewendete Personalbemessungsverfahren bedient sich in seiner Ermittlung der zugrundeliegenden Daten einer Beobachtungsstudie, bei der grundlegende Aspekte zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der Qualität in der pflegerischen Versorgung aus unserer Sicht nicht im erforderlichen Maß berücksichtigt sind, da es sich dabei um indirekte Pflegeleistungen handelt. Das gilt nicht nur für die ab Juli 2023 geltende Teilausbaustufe der Stellenbemessung, sondern auch für die Endausbaustufe des PeBeM und es bedarf deshalb parallel zur Umsetzung begleitender Forschung, die diesen Aspekt besonders in den Blick nimmt.
- Weiterhin muss auch in einer größeren Zahl von Einrichtungen (über die in die Studie eingebundenen hinausgehend) überprüft werden, ob der in der Stellenbemessung

berücksichtigte Zeitaufwand für die Leistungserbringung von Maßnahmen der ärztlich angeordneten medizinischen Behandlungspflege dem nach Art und Umfang der Leistungen erforderlichen Zeitbedarf entspricht.

- Durch die unter Nummer 6. § 113c in Absatz 1 als Obergrenzen definierten Personalanhaltswerte, von denen nach Absatz 2 nur unter sehr eingegrenzten Bedingungen abgewichen werden kann, wird in einigen Bundesländern eine Verbesserung der Personalausstattung ermöglicht. Sie bringen aber für die stationären Einrichtungen in anderen Bundesländern regelhaft eine Verschlechterung der Stellenbemessung - sowohl nach Gesamtzahl der Vollzeitäquivalente wie auch insbesondere nach Pflegefachkraftstellen -, denn die Regelungen zu möglichen Abweichungen nach oben werden einen Personalabbau in Regionen mit jetzt gegebener höherer Personalausstattung nicht verhindern.
- Gemäß den Ergebnissen der Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens ist durch Regelungen im Gesetz sicherzustellen, dass eine fehlende Personalausstattung von Hilfskräften des QN 3 nicht mit Hilfskräften des QN 1 oder 2 kompensiert werden, sondern es sind dann stattdessen Pflegefachpersonen mit mindestens QN 4 einzusetzen, um die fachgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen nicht zu gefährden.
- Der Einsatz anderer Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, wie sie unter Absatz 5 Punkt 3 benannt werden, darf aus Sicht des DPR nicht in die Berechnung der Stellenbemessung nach den Personalanhaltswerten gemäß Absatz 1 Punkt 3 eingehen, da es sich hierbei um ergänzendes Personal handelt und nicht um pflegefachlich geschultes Personal, welches pflegerische Interventionen durchführen kann. Zur Sicherung der pflegerischen Qualität und ihrer Weiterentwicklung - insbesondere im Zusammenhang der Erfüllung der im PfIBG geregelten Vorbehaltsaufgaben für Pflege - bedarf es aus Sicht des DPR bei den Stellen nach Absatz 1 Punkt 3 ausnahmslos einer pflegerischen Qualifikation.

Die modellhafte Erprobung des neuen Personalbemessungsverfahrens wird von uns begrüßt und wir erwarten aus der Evaluation konkrete Hinweise zur Nachjustierung, die dann rasch umgesetzt werden müssen. Eine Begleitung der Implementierung durch einen Beirat, an dem auch die Berufsorganisationen der Pflege - u. a. der DPR - mitwirken, ist essenziell.

Der vorgesehene Zeitplan zur vollständigen Einführung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens, wie auch der in diesem Gesetz beschriebene Schritt mit Wirkung zum 01. Juli 2023 ist aus unserer Sicht allerdings zu langfristig und nicht geeignet, um rasch spürbare Verbesserungen zu erreichen. Dies wurde unsererseits schon im Roadmap-Prozess mehrfach angemerkt. Wir halten es deshalb für unerlässlich, den Zeitplan bis zur vollständigen Umsetzung deutlich zu straffen.

Nummer 6, § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der DPR begrüßt unter Beachtung der oben beschriebenen grundsätzlichen Einschätzung, dass das nach § 113c SGB XI entwickelte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs (PeBeM) in Pflegeeinrichtungen nun zur gesetzlich festgelegten Umsetzung kommt.

Mit Wirkung ab 01. Juli 2023 löst es 27 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung für Leistungen der vollstationären Pflege endlich die in den Bundesländern bisherigen völlig unterschiedlichen Regelungen ab. Das gilt sowohl für die Bemessungszahlen der Stellen als auch für die bisher unverständlich unterschiedlichen Äquivalenzzahlen/Umrechnungsfaktoren zwischen den Pflegestufen/Pflegegraden.

Grundsätzlich merkt der DPR zu den Regelungen unter Absatz 1 an:

Nachdem gegenüber bisherigen Regelungen, die nur zwischen Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft unterscheiden, nun bei den Personalanhaltswerten nach § 113c Absatz 1 Nummer 1 bis 3 nach drei verschiedenen Qualifikationsniveaus (QN) unterschieden wird, bedarf es folgender ergänzender eindeutigen Regelung:

Stellen nach Absatz 1 Nummer 2 von Hilfskräften mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung können nicht mit Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Absatz 1 Nummer 1 besetzt werden, sondern ggf. ersatzweise nur mit Fachkraftpersonal nach Absatz 1 Nummer 3.

Zu den als zweite Personalausbaustufe des PeBeM festgelegten Vollzeitäquivalenten unter Absatz 1 stellt der DPR fest, dass sie nur einen deutlich nicht ausreichenden Teil des nach den Ergebnissen der PeBeM-Studie erforderlichen Stellenzuwachses abdecken. Nachweislich von aktuellen Musterberechnungen für Einrichtungen in sieben Bundesländern ergeben sich damit ab 01. Juli 2023 in sechs der Bundesländer nur unwesentliche Verbesserungen oder sogar Verschlechterungen des möglichen Stellenumfanges gegenüber der ab 01. Januar 2021 geltenden ersten Personalausbaustufe mit 20.000 zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen und den 13.000 zusätzlichen Pflegefachkraftstellen aus Mitteln der GKV. Daran ändern auch die Regelungen unter Absatz 2 hinsichtlich der Möglichkeiten, höhere Personalbedarfe geltend zu machen, nur wenig.

Das ist weder von den Erfordernissen der quantitativ und qualitativ erforderlichen Leistungserbringung her zielführend, noch ist es das notwendige Signal an die Pflegenden hinsichtlich der drängend notwendigen Verbesserung der Rahmenbedingungen ihres Arbeitens.

Darüber hinaus ergibt sich mit den hier festgelegten Personalanhaltswerten ab Juli 2023 nachweislich von Berechnungen die Problematik, dass gegenüber dem bisherigen prozentualen Fachkraftanteil bei ggf. unveränderter Gesamtstellenzahl der Anteil der Pflegefachpersonen sinkt.

Mit der Endstufe des Personalaufbaus auf der Grundlage der PeBeM ist ein deutlicher Stellenzuwachs an Pflegehilfskraftstellen mit einer Helferausbildung nach Landesrecht verbunden – einhergehend mit einem neuen Qualifikationsmix in der Pflege ohne Abbau von Fachkraftstellen. Erst wenn dies in der Endausbaustufe nach Stellenzahl und Qualifikationsniveaus so umgesetzt ist, können die Pflegefachpersonen Pflegetätigkeiten im angemessenen Umfang delegieren und sich auf die Aufgaben ihres Verantwortungsbereiches konzentrieren.

Eine Stellenbemessung nach den hier im Änderungsantrag unter § 113c gegebenen Festlegungen mit dem Ergebnis von keinem oder nur geringem Personalaufbau nach Gesamtstellenzahl sowie einer möglichen Absenkung der zu vereinbarenden Fachkraftstellen gefährdet die Gesundheit der Pflegebedürftigen und ihre Versorgung gemäß den Vorgaben zur pflegerischen Leistungserbringung nach SGB IX wie auch gemäß den Vorbehaltsaufgaben der Pflegenden nach PfIBG.

Der DPR schlägt zur Lösung der aufgezeigten Problematik vor, mindestens die Regelung in Absatz 5 zum Wegfall der Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 (13.000 Stellen-Programm aus Mitteln der GKV) bis zur vollständigen Umsetzung des PeBeM auszusetzen. Die Finanzierung dieser über die Personalstellen nach § 113c Absatz 1 Nummern 1 bis 3 hinausgehenden zusätzlichen Pflegefachkraftstellen kann weiterhin aus den Mitteln der pauschalen Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 37 Absatz 2a mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro erfolgen.

Änderungsantrag 8

Nummer 1a, § 40 Absatz 6

Der DPR begrüßt die Verordnungsfähigkeit bestimmter Hilfs- und Pflegemittel durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungserbringung nach den §§ 36, 37 und 37c des SGB V sowie nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Damit wird eine langjährige Forderung des DPR umgesetzt. Pflegefachpersonen kennen sowohl die Pflegebedürftigen als auch ihr Umfeld und können daher die Erforderlichkeit und Nützlichkeit von Hilfsmitteln sachgerecht einschätzen. Dass sie bestimmte Hilfs- und Pflegemittel in einem konkretisierten Rahmen verordnen können sollen, ist daher folgerichtig.

Ausgedehnt werden muss diese Regelung allerdings noch auf die diesbezügliche Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen in stationären Pflegeeinrichtungen

Begrüßenswert ist, dass die Festlegung der erforderlichen Qualifikation aus dem Antrag gestrichen wurde. Stattdessen soll es nunmehr um die Eignung der Pflegefachperson gehen. Auch diese Festlegung ist verzichtbar, denn Pflegefachpersonen erwerben mit ihrer Qualifikation gemäß Pflegeberufegesetz im Rahmen ihrer Ausbildung bzw. ihres Studiums die Kompetenz zur Beratung zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln und verfügen daher über eine erforderliche Eignung. Zudem wird in der Begründung des Änderungsantrags eine Qualifikation der Pflegefachperson nach dem Pflegeberufegesetz als in der Regel ausreichend angesehen. Insofern sind weitere Regelungen nicht erforderlich.

Änderungsantrag 9

Nummer 0, § 8 Absatz 7

Die Erweiterung förderfähiger Maßnahmen aus dem Ausgleichsfonds auf Betreuungsangebote, lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle, Rückgewinnungskonzepte von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, begrüßt der DPR.

Änderungsantrag 11

Nummer 0, § 8 Absatz 4

Qualitätssicherung und -entwicklung ist ein fortlaufender Prozess, der im Sinne des PDCA-Zyklus nie endet. Von daher begrüßt der DPR ausdrücklich die Schaffung einer eigenständigen Finanzierungsgrundlage für die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b und der dem Qualitätsausschuss Pflege übertragenen Aufgaben aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Nummer 4, a) § 113

Der DPR sieht es als folgerichtig an, dass die Maßstäbe und Grundsätze für die Kurzzeitpflege nunmehr im § 113 SGB XI verankert und an die aktuellen Anforderungen angepasst werden sollen. Darüber hinaus sieht der DPR es als dringend notwendig an, dass auch für die Tagespflege als eigenständigen Versorgungsbereich Maßstäbe und Grundsätze erarbeitet werden.

Änderungsvorschlag § 113 Abs. 1

(...) Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären und stationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung

eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist (...)

Kritisch sieht der DPR, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen und deren stetige Weiterentwicklung prioritär in den Verantwortungsbereich der Pflegeeinrichtungen übertragen werden sollen. In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend unterstützt wurden. Auch die fundiertesten kurzfristig entwickelten Krisenkonzepte der Pflegeeinrichtungen waren nicht umsetzbar, da Ansprechpartner:innen beim Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und bei anderen staatlichen Institutionen fehlten. Der DPR sieht die übergeordnete Regelung von Inhalten zu Themen wie

- Priorisierung von Aufgaben während einer Krise
- Festlegung von Steuerungskompetenzen
- Beschreibung des Umgangs mit personellen und sachlichen Ressourcen unter Extrembedingungen
- Vorbereitung von Mechanismen zur Abstimmung und Zusammenarbeit insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, betroffenen Behörden und Organisationen sowie
- Vorbereitung von Strategien zur Gestaltung der Kommunikation mit allen für die Versorgung und Teilhabe wesentlichen Zielgruppen

primär in der Verantwortung des ÖGD bzw. entsprechender Instanzen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Pflegeeinrichtungen das regeln sollen, was staatliche Instanzen in der Vergangenheit versäumt haben. Eine Pflichtaufgabe des ÖGD muss es in Zukunft sein, regionale Netzwerke aufzubauen, die in Krisen- oder Pandemiesituationen sofort aktiviert werden können. In diesem Kontext ist es dringend erforderlich, die Aufgaben des ÖGD zu überprüfen und dort Stellen für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen (z.B. Community Health Nurses) zu schaffen.

Dass übergeordnete Regelungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements dann operationalisiert werden müssen, gehört nach Auffassung des DPR selbstverständlich in den Verantwortungsbereich jeder einzelnen Pflegeeinrichtung.

Nummer 4, bb) § 113

Der DPR begrüßt aus fachlicher Sicht eine einheitliche Regelung für Qualifikationsanforderungen bei der Erbringung von Betreuungsmaßnahmen. Kritisch ist, dass die Richtlinien nach § 112a des MD Bund/ GKV SV Vorgaben für gemeinsame Vereinbarungen der Vertragsparteien darstellen.

Änderungsvorschlag

Wir regen an, die Betreuungsdienste in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 aufzunehmen. Damit wären die Richtlinien obsolet und könnten entfallen.

Nummer 5, § 113b

Der DPR spricht sich ausdrücklich dafür aus, dass die in § 114c Abs. 3 geregelte Evaluation der Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zum 31. März 2023 nicht allein durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt wird. Im neuen Abs. 4a des § 113b SGB XI wird unmissverständlich beschrieben, dass die Vertragsparteien zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen. Der

DPR sieht es als folgerichtig an, dass dies entsprechend für den § 114c Abs. 3 geregelt werden muss.

Änderungsvorschlag §114c Abs. 3

Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 beauftragen die Vertragsparteien nach § 113 Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

Weiterer Änderungsbedarf § 113a SGB XI

Im Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz) vom 15.03.2021 war eine Überarbeitung des § 113a SGB XI vorgesehen. Der §113a wurde dahingehend geändert, dass der Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“ aktualisiert und eingeführt werden soll. Die Entwicklung weiterer Expertenstandards nach § 113a war im Arbeitsentwurf nicht vorgesehen.

Der DPR spricht sich ausdrücklich dafür aus, die Änderungen aus dem Arbeitsentwurf zum § 113 a SGB XI in das GVWG aufzunehmen und keine weiteren Expertenstandards über diesen Weg zu entwickeln. Die Erfahrungen mit dem Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“ haben gezeigt, dass dieser Weg nicht zielführend ist.

Änderungsantrag 12

Nummer 4, § 71 Absatz 3 Satz 7

Die Verlängerungsregelungen hinsichtlich der Weiterbildungen zur verantwortlichen Fachkraft bzw. der berufsbegleitenden Weiterbildungen für Betreuungsassistenten sind nach Ansicht des DPR folgerichtig. Die Neugründung von Betreuungsdiensten wäre in Anbetracht der Corona-Pandemie ansonsten kaum möglich.

Änderungsantrag 15

Nummer 29 § 7b (Beratung)

Die verpflichtende Beratung nach § 7a hat der DPR mehrfach als notwendig angemahnt. Dass nunmehr auch bei einem Anspruch auf zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel, bei Verhinderungspflege sowie bei Umwandlungsanspruch und dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag Beratungen angeboten werden müssen, sehen wir im Sinne der Anspruchsberechtigten als notwendig und folgerichtig an.

Änderungsantrag 19

*Zu Artikel 9a (§ 14 Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 4 des Pflegeberufgesetzes),
(Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V)*

Die Änderungen sind aus Sicht des DPR sinnvoll und folgerichtig.

Über die Stellungnahme zu den am 02.06.2021 vorgelegten Änderungsanträgen der Fraktionen hinaus ergibt sich aus Sicht des DPR die Ergänzungsnotwendigkeit um einen in den Änderungsanträgen nicht enthaltenen Punkt aus dem

Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung

(Pflegerreformgesetz) mit Bearbeitungsstand 15.03.2021

Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 7, § 13 Absatz 7 (neu): Mitfinanzierung von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegekassen

Der DPR spricht sich dafür aus, analog des Änderungsantrages 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 2. Juni 2021 neben der pauschalen Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege, der Übergangspflege im Krankenhaus und dem Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen auch die Regelungen zur Mitfinanzierung von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegekassen aus dem Arbeitsentwurf zum Pflegerreformgesetz vom 15. März 2021 in das GVWG zu überführen.

Mit der Ergänzung einer Regelung zur Mitfinanzierung von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegekassen wird dem Umstand Rechnung getragen, dass im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ insbesondere für ältere Menschen eine Maßnahme der geriatrischen Rehabilitation eine wichtige gesundheitsfördernde und zugleich soziale Leistung darstellt. Leistungen insbesondere der geriatrischen Rehabilitation können für einen bestimmten Personenkreis älterer Menschen die selbstbestimmte Teilhabe fördern, der Entstehung von Pflegebedürftigkeit entgegenwirken, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit hinauszögern, gegebenenfalls Pflegebedürftigkeit vermindern bzw. deren Fortschreiten verlangsamen. Es ist daher im Sinne einer sektorenübergreifenden Verantwortung und Versorgung durch die Kranken- und Pflegekassen sachgerecht, dass die Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitations-Maßnahmen beteiligt wird. Denn neben den positiven Auswirkungen auf die Pflegebedürftigkeit alter und hochaltriger Menschen und damit unmittelbar auf die individuelle Lebensqualität besteht auch für die Pflegeversicherung selbst ein Nutzen, da sich die Kosten einer geriatrischen Rehabilitation aller Wahrscheinlichkeit nach etwa einem halben Jahr wieder einspielen werden. Dies haben Berechnungen u.a. im Weißbuch Geriatrie deutlich belegt.

Ergänzungsvorschlag

Der DPR regt daher an, die Mitfinanzierung von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegekassen im GVWG aufzunehmen und spricht sich dafür aus, dem § 13 folgenden Absatz 7 anzufügen:

§ 13 Absatz 7 (neu):

(7) Die Pflegekassen erstatten den Krankenkassen, bei denen sie nach § 46 Absatz 1 Satz 2 errichtet sind, die Hälfte der Aufwendungen für Leistungen für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation, die die Krankenkassen für Versicherte erbringen, die 70 Jahre oder älter sind.

Berlin, 04. Juni 2021

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de