

# Stellungnahme zu Formulierungshilfen für Änderungsanträge zum SGB V und SGB XI zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesund- heitsversorgung (GVWG)

Eva M. Welskop-Deffaa  
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg  
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix  
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46  
Telefax 030 284 44788-88  
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 7.5.2021

## Zusammenfassende Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass in den letzten Wochen dieser Legislatur doch noch wichtige Teile der dringend erwarteten Pflegereform auf den Weg gebracht werden sollen. Angesichts der Erfahrungen in der Pandemie ist überdeutlich, dass Ergebnisse der Konzentrierten Aktion (KAP) für Verbesserungen in der Pflege nicht auf die lange Bank geschoben werden dürfen, sondern zeitnah gesetzlich umgesetzt werden müssen.

Verbesserungen bei Personalbemessung und der Kurzzeitpflege sowie die Einführung einer Übergangspflege nach Krankenhausaufenthalt sind für die Leistungsfähigkeit des Pflegesystems von großer Bedeutung. Von entscheidender Bedeutung allerdings ist, dass für die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte gesetzliche Weichenstellungen erfolgen. Dazu enthält das vorliegende Paket Regelungen zur Tariftreue, die aus Sicht der Caritas – mit einigen wichtigen Korrekturen im Detail – unbedingt jetzt beschlossen werden müssen: Die Verpflichtung der Träger der Altenhilfe, Tariflöhne zu zahlen, stellt die entscheidende Stellschraube dar, um für die Pflegekräfte nachhaltig eine leistungsgerechte Bezahlung abzusichern. Gute Pflege für die Pflegebedürftigen braucht gute Arbeitsbedingungen für die Pflege. Und Pflegebedürftigkeit darf kein Armutrisiko sein.

Die Änderungsanträge greifen diese Themen auf. Allerdings sehen wir in einigen Punkten Nachbesserungsbedarf. Aus unserer Sicht geht das stufenweise Modell einer Reduzierung der Eigenbeteiligung an den pflegebedingten Kosten durchaus in die richtige Richtung, mit der Entlastungswirkung erst nach 12 Monaten des Lebens in einer Pflegeeinrichtung bleibt der Vorschlag allerdings hinter den Caritas-Vorschlägen (Karenzzeit: 6 Monate) zurück. Die Gestaltung der Stufen in 25-Prozent-Schritten ist nachvollziehbar, allerdings in seiner Wirkung nicht intensiv diskutiert. Eine Reduzierung der Eigenanteile ist jedoch noch in dieser Legislatur geboten. Daher sieht der Deutsche Caritasverband die Möglichkeit, das vorgeschlagene Modell nur für eine Erprobungsphase von 3 Jahren mit einer Evaluation zu beschließen oder stattdessen in einem ersten

Schritt die Leistungssätze gestaffelt nach Pflegegraden zu erhöhen. Dieser Schritt wäre eine Sofortmaßnahme zur Senkung der Eigenanteile. Eine Leistungserhöhung ist übrigens auch für den Bereich der häuslichen Pflegeleistungen dringend geboten, die aufgrund der fehlenden Dynamisierung ebenfalls in den letzten Jahren entwertet wurden. Die großen Probleme in der stationären Pflege dürfen den Blick auf die dringend gebotene Stärkung der häuslichen Pflege nicht verstellen. Des Weiteren ist noch in dieser Legislatur der Einstieg in den Ausstieg der Eigenbeteiligung der vollstationär versorgten pflegebedürftigen Menschen an den Kosten ihrer medizinischen Behandlungspflege zu vollziehen. Würde die medizinische Behandlungspflege vollumfänglich aus dem SGB V refinanziert werden, leistete dies einen großen Beitrag zur Reduzierung der Eigenanteile.

Bei der Tariftreue-Regelung begrüßen wir mit Nachdruck, dass die Zulassung von Altenhilfeeinrichtungen an die Zahlung eines Tariflohns geknüpft werden soll. Dabei muss es darum gehen, die tariflich geregelten Arbeitsentgelte umfassend zu erfassen, nicht nur die Entlohnungsbestandteile nach dem AentG. Bundesweit anwendbare Tarifverträge dürfen dabei gegenüber Haustarifverträgen für nicht-tarifgebundene Träger nicht nachrangig sein.

Der Deutsche Caritasverband plädiert dafür, in jedem Fall die Regelungen zur Erweiterung der Kompetenzen der Pflegekräfte auf den Weg zu bringen. Diese Maßnahmen aus dem sog. Strategieprozess der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) sind entscheidungsreif und sollten mit dem GVWG umgesetzt werden. Auch die in der KAP vorgesehenen Maßnahmen zur verbindlichen Umsetzung des Personalbemessungssystems müssen dringend in die Wege geleitet werden. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die vorgesehene Bestandsschutzregelung rechtssicher ausgestaltet werden muss.

Auch das Versprechen des Koalitionsvertrags, die Kurzzeitpflege auf eine wirtschaftlich tragfähige Basis zu stellen, müssen noch in dieser Legislatur umgesetzt werden. Fast alle Bürger\_innen kennen das Problem, für eine\_n Angehörige\_n nach Krankenhausentlassung in weitem Radius keinen Kurzzeitpflegeplatz zu finden. Die im Änderungsantrag vorgesehenen Rahmenbedingungen gehen in die richtige Richtung.

Wir bedauern, dass die im Arbeitsentwurf vom März 2021 vorgesehene Regelung zur Förderung der legalen Beschäftigung von osteuropäischen Pflegekräften nicht umgesetzt werden soll. Die Regelung hat wesentliche Elemente des im Diözesan-Caritasverband bewährten und bundesweit bekannten Modells „Carifair“ enthalten. Wir werden die Regelung fairer Arbeitsbedingungen für Arbeitskräfte in der live-in-Care weiter auf der politischen Agenda halten.

Im Einzelnen nehmen wir zu den Änderungsanträgen wie folgt Stellung:

## **Fachfremde Änderungsanträge zu Artikel 1 (SGB V)**

### **Änderungsantrag 3**

#### **§ 37 Absatz 2a Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege**

Aktuell sind die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge einschließlich der pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung über § 43 SGB XI abgegolten. Mit § 37 Absatz 2a S. 1 und 2 wird die pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Höhe von 640 Mio. Euro geregelt. Dies ist weiterhin nur ein erster Schritt im Zusammenhang mit der systemgerechten Finanzierung der Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus der GKV. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich aus dem SGB V finanziert werden. Deshalb fordern wir den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.

Ausweislich der Begründung soll die pauschale Refinanzierung eines Teils der Kosten der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär pflegebedürftigen Menschen beitragen. Dafür ist es jedoch erforderlich, dass der pflegebedingte Eigenanteil der Pflegebedürftigen um die Kostenanteile der medizinischen Behandlungspflege reduziert wird. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, den Kostenanteil für die medizinische Behandlungspflege pauschal zu beziffern, den pflegebedingten Eigenanteil um diese Pauschale zu senken und die Pauschale aus der Krankenversicherung zu refinanzieren.

### **KAP: Stärkung Pflegefachpersonen**

#### **§ 37 Absatz 8 neu SGB V Blankoverordnung HKP**

Nach dieser Regelung können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege über die Durchführung der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen. Hierfür wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt zu regeln. In der Gesetzesbegründung wird darüber hinaus ausgeführt: Eine „Blankoverordnung“ häuslicher Krankenpflege ist insbesondere bei den folgenden Leistungen geeignet: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.“

Wir begrüßen diese Aufnahme der Blankoverordnung in die Häusliche Krankenpflege als einen ersten Schritt im Rahmen der überfälligen Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte. Für uns ist es jedoch nicht nachvollziehbar, warum die geplante Kompetenzerweiterung nur

entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften vorbehalten werden sollten und nicht zu den genuinen Aufgaben jeder Pflegefachkraft gehört.

Des Weiteren sind die verordnungsfähigen Maßnahmen zu stark eingeschränkt; sie sollten grundsätzlich auf alle nicht-medikamentösen HKP-Leistungen ausgeweitet werden. Darüber hinaus ist eine Minimierung der Rückkopplungspflichten mit den Vertragsärztinnen und -ärzten anzustreben. Die Gesetzesbegründung ist hier entsprechend zu ergänzen.

### **Änderungsbedarf**

§ 37 Absatz 8 neu ist wie folgt zu fassen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt 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 verordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung ~~entsprechend qualifizierte~~ Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst bestimmen können, sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.“

### **§ 37 Absatz 9 und Absatz 10 SGB V Abrechnungsprüfung**

Nach § 37 Absatz 9 erheben die Krankenkassen zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen die Ausgaben arztbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Sie übermitteln dann diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und für den Zweck der Durchführung dieser Evaluierung nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Des Weiteren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung.

Nach § 37 Absatz 10 soll drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung eine Evaluation auf der Basis der nach § 37 Absatz 9 erhobenen Daten stattfinden. Die Evaluation hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen. Die gemeinsame Beauftragung halten wir für richtig. Darüber hinaus fehlt in § 37 Absatz 10 aber eine Aussage zur Finanzierung der Evaluation. Die Finanzierung hat unserer Auffassung nach durch den Spitzenbund Bund der Krankenkassen zu erfolgen.

Des Weiteren halten wir es erforderlich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen bereits an der Konzeption der Datenerhebung beteiligt werden und nicht erst nach 3 Jahren bei der Auswertung und der Evaluation der Daten.

## **Änderungsbedarf**

§ 37 Absatz 9 ist um folgenden Satz zu ergänzen:

„An der Konzeption der Datenerhebung sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen zu beteiligen.“

## **Änderungsantrag 4 i.V. mit Änderungsantrag 8**

### **Übergangspflege im Krankenhaus**

#### **§ 39d Übergangspflege im Krankenhaus (ÄA 5)**

In Deutschland gibt es einen großen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen, der Probleme bei der pflegerischen Anschlussversorgung nach einer Krankenhausbehandlung nach sich zieht. Daher ist die Einführung einer Übergangspflege, nach der Patient\_innen einen Anspruch auf Anschlussversorgung für bis zu 10 Tagen nach Krankenhausbehandlung erhalten können, aus Sicht des Deutschen Caritasverbands grundsätzlich als komplementäres Angebot der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI positiv zu bewerten.

Die Aufzählung der Leistungsinhalte ist jedoch sehr umfassend und teilweise redundant. Sie birgt die Gefahr von Umsetzungs- und Abgrenzungsproblemen. Zunächst wird aus juristischer Sicht nicht, ob die Einschränkung des „im Einzelfall Erforderlichen“ sich nur auf die ärztliche Behandlung oder auf alle aufgezählten Behandlungselemente bezieht. Hier sollte dahingehend klargestellt werden, dass es hinsichtlich aller Behandlungselemente auf den jeweiligen Bedarf im Einzelfall ankommt.

Ebenfalls verwirrend ist das Nebeneinander der Begriffe „Krankenpflege“ und „pflegerische Versorgung“. Aus dem Wortlaut ist nicht ersichtlich, ob hiermit unterschiedliche Leistungen gemeint sind. Eine eindeutige Formulierung „pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege)“ wäre hilfreich.

Abgelehnt wird, dass die Übergangspflege auch Leistungen zur Frührehabilitation umfassen können soll. Diese sind nach § 39 Absatz 1 Satz 3 Bestandteil der Krankenhausbehandlung und als solche in Komplexcodes abgebildet. Die Verwendung der Begrifflichkeit in der Definition der Übergangspflege sollte vermieden werden. Die Sicherstellung erforderlicher frühzeitiger rehabilitativer Maßnahmen ist über die Nennung der ärztlichen, pflegerischen und Heilmittelversorgung ausreichend beschrieben.

## **Änderungsbedarf**

„Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst abhängig vom jeweiligen Bedarf im Einzelfall folgende Behandlungselemente: ärztliche Behandlung, ~~Leistungen der Frührehabilitation, Krankenpflege,~~ **pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege)**, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung.“

### **§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus (ÄA 8, Folgeänderung zu ÄA 5)**

§ 132m regelt die Verträge zur Versorgung mit Übergangspflege im Krankenhaus. Sowohl der Gesetzentwurf als auch die Begründung lassen offen, welche Inhalte in den Verträgen zu vereinbaren sind. Notwendig ist die Klarstellung, dass sich die Verträge nach § 132m auf Regelungen zur Vergütung der Leistungen beschränken. Insbesondere ist es nicht notwendig, Leistungsvoraussetzungen im Sinne einer Zulassung zur Leistungserbringung zu vereinbaren. Die räumliche und personelle Eignung ist in zugelassenen Krankenhäusern gegeben. § 39d stellt bereits klar, dass Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, erbracht werden.

#### **Änderungsbedarf**

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die **Vergütung Erbringung** von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d. 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.“

#### **Änderungsantrag 5**

##### **KAP: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich die Etablierung eines neuen Modellvorhabens nach § 64d zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte. Die bisherigen Regelungen zu den verpflichtenden Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Basis der Vorschriften nach § 63 Absatz 3b und 3c haben sich eher als „Sackgasse“ und als „Innovationsbremser“ erwiesen, sowohl was die übertragbaren Tätigkeiten als auch die fehlenden Regelungen zur Weiterbildung der Pflegefachkräfte betrifft. Daher gibt es auch nach mehr als 10 Jahre kaum Modellvorhaben. Die vorliegende Regelung lässt die bestehenden Modellvorhaben nach § 63 3c SGB V unberührt; die punktuell existierenden Modellvorhaben können also weiterverfolgt werden.

Kern der neuen Modellvorhaben ist es nicht nur, die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte zu erproben, sondern auch die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, mit dem Ziel, die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Dies sollte sich auch in der Überschrift zu diesem Modellvorhaben widerspiegeln.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Rahmenvorgaben für die Modellvorhaben in den Bundesländern festlegen.

Die Regelungsinhalte der Rahmenverträge bzw. Rahmenempfehlungen in Absatz 4 (redaktioneller Hinweis: Absatz 2) sind aus unserer Sicht sachgerecht. Ein sehr wesentlicher Unterschied der Modellvorhaben nach § 64d SGB V im Vergleich zu den Modellvorhaben nach § 63 3c SGB V ist der Fokus auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Nummer 4 des Absatzes 2 Satz 1 ist dahingehend zu präzisieren, dass die Rahmenvertragspartner Erprobungsziele für die interprofessionelle Zusammenarbeit festlegen.

Erprobungsziele sollten sein:

- Versorgungspfade zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen
- Erprobung der Übertragung einer erweiterten Versorgungsverantwortung einschließlich der selbständigen Ausübung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen
- Entwicklung von Standards für interprofessionelle Zusammenarbeit
- Erprobung von Formen interprofessioneller Ausbildung bzw. interprofessionellen Lernens
- Entwicklung berufsübergreifender, koordinierter und strukturierter Leistungen unter Nutzung von Digitalisierungspotentialen
- Erprobung neuer Versorgungsstrukturen, wie Tandempraxen, MVZ, IGZ, lokale Versorgungszentren

Zentral für die Übertragung und eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten ist die Klärung haftungs- und berufsrechtlicher Fragen, die mit der Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der eigenständigen Leistungserbringung einhergehen. Nummer 3 des Absatzes 2 wird daher ausdrücklich begrüßt.

Begrüßt wird auch die Befristung der Modellvorhaben auf längstens vier Jahre. Bewährte Modellvorhaben sollten dann allerdings nicht erst wieder in Selektivverträgen nach § 140a erprobt, sondern gleich in die Regelversorgung überführt werden.

### **Änderungsbedarf**

Nummer 4 des Absatzes 2 Satz 1 wird wie folgt formuliert:

„Rahmenvorgaben für die Erprobungsziele der interprofessionellen Zusammenarbeit“

## **Fachliche Änderungsanträge zu Artikel 2 (SGB XI)**

### **Änderungsantrag 3**

#### **Gegenfinanzierung**

##### **§ 61a Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge**

Der Deutsche Caritasverband sieht es als nachvollziehbar an, dass der Bund die Kosten für die Beitragszahlungen für die Rentenbeiträge der pflegenden Angehörigen künftig aus Steuermitteln finanzieren wird. Die pflegenden Angehörigen sind der „größte Pflegedienst“ der Nation. Die Zahlung ihrer Rentenbeiträge ähnelt aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes den Leistungen für Eltern („Mütterrente“), die aus Steuermitteln refinanziert werden.

### **Änderungsantrag 4**

#### **§ 43c Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege**

Die Eigenanteile sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Wesentliche Ursachen waren Lohnsteigerungen, der fast vollständige Rückzug der Länder und Kommunen aus der Beteiligung an den Investitionskosten und die fehlende Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V. Dringend notwendige weitere Verbesserungen der Einkommen der Pflegekräfte über eine wirksame Tariftreuregelung und die Auswirkungen einer besseren Personalausstattung, die wir durch die Einführung eines Personalbemessungssystems erreichen wollen, dürfen nicht zu Lasten der Betroffenen gehen. Daher setzt sich der Deutsche Caritasverband für eine Begrenzung der Eigenanteile in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ein.

Der Deutsche Caritasverband befürwortet grundsätzlich ein Stufenmodell mit einer Karenzzeit von 6 Monaten. Das vorgeschlagene stufenweise Modell zur sukzessiven prozentual gestalteten Reduzierung der pflegebedingten Eigenanteile ist eine tragfähige Einstiegs-Lösung. Allerdings darf die Entlastungswirkung aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes in keinem Modell erst ab dem zweiten Pflegejahr beginnen, sondern sollte nach einer Karenzzeit von 6 Monaten greifen.

Eine Spanne von 3 Jahren in den Blick zu nehmen ist geboten, denn einerseits verstirbt zwar ein großer Teil der Heimbewohner\_innen bereits im ersten Jahr nach Einzug in die Pflegeeinrichtung, andererseits lebt mehr als ein Drittel aller Heimbewohner\_innen drei Jahre und länger in der Einrichtung. Pflegebedürftigkeit darf kein Armutsrisiko sein. Der Anteil der medizinischen Behandlungspflege an den pflegebedingten Kostenteilen muss aus dem SGB V refinanziert werden.

Das vorgelegte Modell ist daher ein Schritt in die richtige Richtung. Es muss sichergestellt werden, dass die Ausbildungskosten, die mit einem Zuschuss aus der Pflegeversicherung zur Reduzierung der Eigenanteile umfasst sind, im gleichen Umfang reduziert werden wie die restlichen pflegebedingten Kosten, denn sie müssen in den Rechnungen der Heimbewohner\_innen gesondert ausgewiesen werden.

Eine notwendige Reduzierung der pflegebedingten Kosten lässt sich auf mehrerlei Wegen erreichen, z.B. auch durch eine Anhebung der Leistungsbeträge, wie noch im Arbeitsentwurf vorgesehen. Diese Änderung ist im vorliegenden Entwurf nicht erhalten. So greifen die Entlastungen nur im stationären Bereich. Der ambulante Leistungsbereich, der besonders gestärkt werden



sollte, bleibt vollständig von Leistungsverbesserungen ausgeklammert, obwohl die in § 72 und § 82c vorgesehene Tariftreue gerade auch die Leistungsempfänger dieser Leistungsbereiche, in dem besonders viele nicht tarif-gebundene Leistungsanbieter tätig sind, tangiert.

Der Deutsche Caritasverband mahnt eine Dynamisierung in § 30 an, die nicht nur, wie jetzt im Gesetz vorgesehen, regelhaft geprüft werden soll, sondern regelmäßig auf der Grundlage der Bruttolohnentwicklung erfolgen müsste.

Für den Deutschen Caritasverband wäre zur Entlastung der Pflegebedürftigen im Sinne einer Übergangslösung auch im vollstationären Bereich eine Anhebung der Leistungsbeträge als erster Schritt zur Reduzierung der Eigenanteile vorstellbar. Insbesondere wenn der Gesetzgeber an der in § 43c vorgesehenen Lösung einer Entlastung der Versicherten erst nach 12 Monaten festhält, ist dieser Weg u.E. geboten. Denn bei den tarifgebundenen Einrichtungen wachsen die Belastungen durch die Tarifsteigerungen unabhängig davon, ob § 72 und § 82c SGB XI künftig auch für nicht-tarifgebundene Einrichtungen Tariforientierungsregelungen vorsehen oder nicht.

## **Änderungsantrag 5**

### **Tariftreue**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich, dass der Änderungsantrag in § 72 Absatz 3a und § 82c Absatz 1 Tariftreueregelungen im SGB XI verankern und die Zulassung von Einrichtungen daran knüpft, dass Tariflöhne gezahlt werden. Wir begrüßen mit Nachdruck, dass bei der tariflichen Entlohnung nicht mehr - wie noch im bekannt gewordenen Arbeitsentwurf - auf die ortsübliche Vergütung abgestellt wird. Die neuen Formulierungsvorschläge stellen eine große Verbesserung dar.

Im Einzelnen sieht der Deutsche Caritasverband in wichtigen Punkten Korrekturbedarf

### **§ 72 Absatz 3a: Versorgungsverträge**

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Regelung des geltenden § 84 Absatz 2 Sätze 5 und 6, die vorsieht, dass tarifvertragliche Regelungen oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen, in § 72 Absatz 3a sowie auch in § 82c Absatz 1 Satz 1 überführt wird und dass geregelt wird, dass Versorgungsverträge nur mit Einrichtungen, die entweder tarifvertraglich oder nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen bezahlen oder sich anwendbaren Tarifen unterwerfen, einen Versorgungsvertrag erhalten können. Dies stellt einen wesentlichen Fortschritt gegenüber der bislang geltenden Gesetzeslage dar. Im Sinne der negativen Koalitionsfreiheit ist sachgerecht geregelt, dass nicht-tarifgebundene Einrichtungen nach dem neuen Satz 2 einen räumlich, zeitlich, fachlich oder persönlich geltenden Tarif anwenden können und auf dieser Grundlage einen Versorgungsvertrag abschließen können.

Der Wortlaut des § 3a nennt ausdrücklich lediglich die Beschäftigten im Betreuungs- und Pflegebereich und nicht andere Beschäftigungsgruppen, z.B. in der Hauswirtschaft, dies müsste aus Sicht der Caritas korrigiert werden.

Nachbesserungsbedarf in Absatz 3a sehen wir vor allem beim Begriff der Entlohnung. Im Gesetzestext selbst bleibt unklar, welche Lohnbestandteile dieser Begriff umfasst. Aus Sicht der

Caritas muss es allerdings um alle Bestandteile der Arbeitsentgelte gehen. Die Bestimmungen über Entgelte der Pflegekräfte der Altenhilfe in Anlage 32 zu den AVR der Caritas enthalten beispielsweise Regelungen zum Tabellenentgelt, zu Zeitzuschlägen für Dienste zu ungünstigen Zeiten oder zur Jahressonderzahlung als Einmalzahlung. Ferner sehen die AVR auch Regelungen zur betrieblichen Altersversorgung (Anlage 8 zu den AVR) und zu vermögenswirksamen Leistungen (Anlage 9 zu den AVR) sowie zur Entgeltumwandlung vor.

Im Rahmen der Verhandlungen zu den Pflegesätzen muss eindeutig geklärt sein, dass die Pflegekassen nicht nur das monatliche Tabellenentgelt refinanzieren sollen, sondern auch die weiteren Entgeltbestandteile berücksichtigt werden können. Die derzeitigen Bestimmungen im SGB XI wie z.B. § 72 Abs. 3, § 82a, § 84 verwenden die Begriffe der „Vergütung“ oder der „Arbeitsvergütung“. **Daher muss der Begriff der „Entlohnung“ durch den Begriff der „Arbeitsvergütung“ ersetzt werden.** Dies dient auch zugleich der Vereinheitlichung des Gesetzestextes, der auch bislang in § 72 Absatz 3 a.F. auf die Arbeitsvergütung abgestellt hatte.

#### **Änderungsbedarf:**

Der Begriff der „Entlohnung“ ist systematisch durch den Begriff der „Arbeitsvergütung“ zu ersetzen.

Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„Ab dem 1. Juli 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen sein, die ihren als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich sowie den Pflege- und Betreuungsprozess unterstützenden Professionen eine Arbeitsvergütung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, an die die Pflegeeinrichtungen gebunden sind, vereinbart ist.“

#### **Absatz 3b: Richtlinien des GKV-Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Absatz 3a**

Es ist sachgerecht, dass die Pflegekassen prüfen, ob die Voraussetzungen einer tariflichen oder tariforientierten Vergütung der Einrichtung vorliegen, die einen Versorgungsvertrag begehrt. Das Vorliegen der Tariftreue muss überprüfbar sein, um das Gesetzesziel nicht ins Leere laufen zu lassen.

Besonders positiv bewerten wir die Pflicht des BMG, die neuen Regelungen auf ihre Wirkung und Wirksamkeit hin zu 31. Dezember 2025 zu evaluieren. Der Evaluationsbericht sollte dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden, um ggf. weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf daraus abzuleiten.

#### **§ 82c Absatz 1: Anerkennung von Vergütungen bei den Vergütungsverhandlungen**

§ 82c Absatz 1 ist i.V. mit § 72 Absatz 3a zu interpretieren. Danach sind Arbeitsvergütungen, die auf der Grundlage von Tarifverträgen oder tariflichen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart worden sind, nie als unwirtschaftlich abzulehnen. Als sachgerecht erachten wir, dass nach Satz 2 des § 82c Absatz 1 nicht tarifgebundene Einrichtungen regional übliche Tarifverträge anwenden können, welche ebenfalls nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Allerdings

dürfen regional übliche Tarifverträge nicht, wie in Satz 4 vorgesehen, gegenüber einem bundesweit geltenden Tarifvertrag, der in derselben Region zur Anwendung kommen könnte, vorrangig sein. Es muss grundsätzlich in allen Regionen möglich sein, auch einen bundesweit geltenden Tarifvertrag anwenden zu können. Außerdem ist bei den bundesweit geltenden Tarifregelungen zu ergänzen, dass diese auch kirchliche Arbeitsrechtsregelungen wie z.B. die AVR der Caritas, umfassen können müssen.

### **Änderungsbedarf**

Der Begriff der „Entlohnung“ ist durchgängig durch „Arbeitsvergütung“ zu ersetzen.

Bundesweit geltende Tarifverträge dürfen gegenüber regional üblichen Tarifverträgen nicht nachrangig sein. Außerdem müssen den bundesweiten Tarifverträgen bundesweite tarifliche Regelungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gleichgestellt sein.

Satz 4 wie folgt zu ändern:

„Eine ~~Entlohnung~~ **Arbeitsvergütung**, die einem bundesweiten Tarifvertrag **oder einer bundesweiten kirchlichen Arbeitsrechtsregelung** vereinbart ist, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ~~„wenn im gleichen Bundesland keine Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Satz 3 vereinbart sind.“~~“

### **§ 82c Absatz 2: Richtlinien des GKV zur Festlegung der Verfahren nach Absatz 1 und 3**

Bei den Inhalten der Festlegung der Verfahren in der Richtlinie des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen, die bis Oktober 2021 festzulegen ist, sollte darauf geachtet werden, dass die Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene bei Verhandlungen zu Landesrahmenverträgen und Pflegesätzen gewahrt bleibt. Dies sollte in der Begründung ergänzt werden.

### **§ 82c Absatz 3: Veröffentlichung der Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen durch die Landesverbände der Pflegekassen**

Es ist sachgerecht, dass die Einrichtungen durch das Register der Landesverbände der Pflegekassen eine transparente Übersicht erhalten, welche Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im jeweiligen Bundesland und in der jeweiligen Region zur Anwendung kommen können. Positiv zu bewerten ist, dass die Verbände der Pflegeeinrichtungen und die Sozialhilfeträger am Prozess der Veröffentlichung durch Anhörung beteiligt werden. Unverständlich ist, warum nicht die Gewerkschaften als maßgebliche Akteure beteiligt ebenfalls beteiligt werden. Dies ist zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

In Satz 1 werden nach den Wörtern „Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land“ die Wörter „sowie der Gewerkschaften“ ergänzt.

## **Änderungsantrag 6**

### **§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich die Intention des Gesetzgebers, für die auch im Koalitionsvertrag vorgesehene wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege eine gesetzliche Grundlage vorzusehen. Vorweg sei angemerkt, dass § 88a SGB XI nicht der richtige Regelungsort ist, denn § 88 regelt Zusatzleistungen. In diesem Fall handelt es sich jedoch um regelhafte vollstationäre Leistungen der Kurzzeitpflege, die in § 84 (Bemessungsgrundsätze) oder ggf. als § 84a SGB XI geregelt werden müssen.

Der Regelungsinhalt geht in die richtige Richtung. Kurzzeitpflegeplätze stehen derzeit bei weitem nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Grund für diesen Mangel ist vorrangig die Schwierigkeit, insbesondere solitäre, aber auch eingestreute Kurzzeitpflegeeinrichtungen wirtschaftlich zu betreiben. Die Ursachen sind, dass Kurzzeitpflegegäste häufig wechseln und meist einen höheren Pflegebedarf und meist einen hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aufweisen, vor allem nach Krankenhausaufenthalt. In Folge dessen schwankt die Auslastung stark. Insgesamt führen diese Faktoren zu einer unzureichenden Vergütung der Leistungen. Der vorgesehene Änderungsvorschlag stellt die Weichen in die richtige Richtung, indem er in § 88a Absatz 1 vorsieht, dass die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauern und der entsprechenden Kalkulation der Auslastungsquote in den Landesrahmenverträgen angepasst werden können. Der Änderungsantrag gibt sachgerechter Weise Kriterien für die Empfehlungen vor. Er verkürzt jedoch im Gesetzestext auf das Kriterium des niedrigeren Auslastungsgrades. Zur Fluktuation in der Kurzzeitpflege tragen aber auch nicht kalkulierbare vorübergehende Krankenhausaufenthalte bei. Daher sollte die Vergütung bei Abwesenheit nicht nur in die Begründung, sondern auch in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge entsprechend der Bundesrahmenempfehlungen letztere für unmittelbar verbindlich erklärt. Der Änderungsantrag lässt allerdings offen, wie diese Verbindlichkeit hergestellt werden kann. Für die Anpassung der Landesrahmenverträge sind verbindliche, schiedsstellenbewährte Vorgaben zu schaffen. Begrüßt wird, dass der Gesetzgeber für das Zustandekommen der Bundesrahmenempfehlungen nach Absatz 2 den engen Fristen des Schiedsverfahrens nach § 76 Absatz 6 SGB XI einschließlich den dort geregelten Modalitäten folgt. Für das Schiedsverfahren in den Landesrahmenverträgen ist daher konkret festzulegen, dass § 75 Absatz 4 entsprechend gilt.

Eine mit den gesetzlichen Änderungen einhergehende Erhöhung der Vergütungen führt bei unveränderten Regelungen des § 42 SGB XI zu einer unzumutbaren Erhöhung der Eigenanteile und damit zu erhöhten finanziellen Belastungen der Kurzzeitpflegegäste. Die Folge ist eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer aus wirtschaftlichen Gründen. Daher sind die Leistungsbeträge in § 42 SGB XI entweder in entsprechender Höhe anzupassen oder Kostenbestandteile wie medizinische Behandlungspflege oder Unterkunft und Verpflegung von der Pflegekasse zu tragen (s. Vorschläge zum weitergehenden Änderungsbedarf unten).

### **Änderungsbedarf**

Die Regelungen des § 88a sind grundsätzlich in § 84 oder in einen neuen § 84a zu überführen.

In § 88a Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

„Diese umfassen insbesondere die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege sowie die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen **oder Abwesenheiten wegen Krankenhausaufenthalts** und der damit regelmäßig verbundenen Auslastungsquote.“

Für die Anpassung der Landesrahmenverträge ist ein Schiedsverfahren vorzusehen. Daher ist § 88a Absatz 1 Satz 3 nach dem Semikolon wie folgt zu ergänzen:

„§ 75 Absatz 4 gilt entsprechend“.

### **Weitergehender Änderungsbedarf: Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege als Krankenhaushausnachsorge und Ausbau der solitären Kurzzeitpflege**

Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, Kurzzeitpflege für die Krankenhaushausnachsorge nachhaltig zu stärken und auf eine neue konzeptionelle Grundlage zu stellen. Daher soll künftig zwischen Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege (z. B. bei Urlaub, krankheitsbedingter Abwesenheit der Pflegeperson) einerseits und als Krankenhaushausnachsorge andererseits unterschieden werden. Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege soll den Leistungen nach § 39 SGB XI zugerechnet werden. Kurzzeitpflege als Krankenhaushausnachsorge soll in § 42 SGB XI geregelt werden. Das bedeutet, dass nur noch Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 42 SGB XI abgeschlossen haben, Kurzzeitpflege als Krankenhaushausnachsorge erbringen können. Konzeptionell soll die Kurzzeitpflege als Krankenhaushausnachsorge als rehabilitative Pflege ausgestaltet werden. Neben den pflegebedingten Aufwendungen soll die Pflegekasse auch vollumfänglich die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege sowie für Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Wege der Sachleistung der Einrichtung pro Versicherter/Versicherterem pauschal in vollem Umfang bedarfs- und leistungsgerecht aus der Pflegeversicherung erstattet. Die Kosten für die Behandlungspflege werden der Pflegeversicherung aus dem SGB V pauschal refinanziert.

Zum Angebot einer Kurzzeitpflege als Krankenhaushausnachsorge sollen ausdrücklich therapeutische Leistungen wie Physio- und Ergotherapie und Logopädie gehören. Diese werden weiterhin vom SGB V erbracht, die therapeutischen Kräfte gehören jedoch zum multiprofessionellen Team. Idealerweise sollten solche Kurzzeitpflegeeinrichtungen ins Quartier geöffnet werden, damit auch in der Häuslichkeit versorgte pflegebedürftige Menschen Zugang zu den spezifischen therapeutischen Angeboten haben und im Sinne einer wohnortnahen geriatrischen Reha so stabilisiert werden können, dass ihre Versorgung im häuslichen Umfeld gesichert werden kann.

Generell benötigen wir im ambulanten Setting eine Flexibilisierung der Leistungen, um passgenauer die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen abzubilden, wie z.B. die Möglichkeit des Aufenthalts in einer Gastfamilie, einen Mix aus Tages- und Kurzzeitpflege oder Kooperationen zwischen ambulanten Pflegediensten und Therapeuten. In anderen Ländern, wie den USA, finden sich viele Formen der ambulanten Übergangsversorgung, die sich in der Praxis bewährt haben. Vereinzelt werden solche Ansätze auch in Deutschland erprobt, wie z.B. im Projekt TIGER des Innovationsfonds in Bayern.

## **Änderungsantrag 7**

### **§ 113c KAP: Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens**

Die Begrenzung der Eigenanteile ist für die Umsetzung der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen nach § 113c immanent.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes orientiert sich die Umsetzung in § 113c im Großen und Ganzen an der auf Basis eines Beschlusses der Konzierten Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“.

Zu begrüßen ist, dass das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nun gesetzlich verbindlich eingeführt werden soll. Diese gesetzliche Festschreibung hatten wir auf Grundlage der Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ explizit gefordert.

Hinsichtlich der nun beschriebenen Umsetzung gibt es allerdings aus unserer Sicht diversen Verbesserungs- und Klärungsbedarf. Dieser ist teilweise auch schon im Rahmen unserer Stellungnahmen zur Konzeption der Roadmap eingebracht worden, aber dann unberücksichtigt geblieben. So ist z.B. nicht gesichert, dass die Länder tatsächlich auf eine Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzbildungen in der Pflege hinwirken. Um in allen Bundesländern tatsächlich ein einheitliches Qualitätsniveau zu erreichen, muss analog zur Pflegeausbildung auch eine einheitliche Helfer- und Assistenzausbildung in den Blick genommen werden.

### **§ 113c Absatz 1 und 2:**

Die Bewertung des Vorgehens zur Höhe der Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 und 2 ist mit Blick auf die unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Personalschlüssel und in zeitlicher Hinsicht nicht einfach. Als Grundlage geht der Gesetzesentwurf von den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus. Die bundeseinheitlichen Stellenschlüssel, die als Personalanhaltswerte ab dem 01.07.2023 durch das Gesetz vorgegeben werden, berücksichtigen den personellen Mehrbedarf nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekts in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber diesen bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln.

Mit der Durchschnittsbetrachtung ergeben sich mit diesem Schritt nicht für alle Bundesländer höhere Personalschlüssel, was dort für die Akzeptanz schwierig ist. Zwar sollen Bestandsschutzregelungen und insbesondere auch Regelungen zum Schutz vor Fachkraftabbau greifen, aber die Skepsis ist groß. Unklar ist also, ob diese Vorgehensweise bzw. auch die fehlende Kommunikation für eine Konvergenzphase wirklich geeignet sind.

Nach den wesentlichen Modellrechnungen aus dem Projekt nach 113c (vgl. Abschlussbericht S. 261 ff.) ergäbe sich tatsächlich in einigen wenigen Bundesländern weniger Bedarf an Fachkräften, aber deutlich mehr an Hilfskräften. Insgesamt wird also mehr Personal in den Einrichtungen arbeiten und den Fachkräften sollen am Ende 130 % mehr Zeit für Fachkraftaufgaben zur

Verfügung stehen. Diese vom Ende her gedachte Sichtweise kann der Vorschlag nicht abbilden. Er sollte es aber, auch wenn noch unklar ist, wie der Algorithmus 2.0 nach Beendigung der Auswertung der modellhaften Einführung am Ende aussehen wird.

Zudem sollte klar herausgestellt werden, dass sich die Personalbedarfsberechnungen ausschließlich auf Pflegekräfte beziehen und zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI sowie Hauswirtschaftskräfte und andere Funktionsstellen nicht Bestandteil dieses Personalbemessungssystems sind und sich insoweit auch keine Grundlage dafür ergibt, dass diese Stellen wegfallen. Die in der BAGFW organisierten Verbände regten bereits mehrfach an, dass das hinter Algorithmus 1 und später auch Algorithmus 2 liegende Rechenmodell – mit allen seinen Parametern, wie z.B. der konkreten Nettojahresarbeitszeit und den weiteren Einstelloptionen – transparent und nachvollziehbar offengelegt werden muss und somit in der Praxis überprüft werden kann.

Der Deutsche Caritasverband spricht sich in diesem Gesamtzusammenhang ausdrücklich für einen Bestandsschutz aus, der klar und eindeutig geregelt sein sollte und nicht für gut gemeinte Formulierungen, die in diese Richtung zielen, aber eben unbestimmte Rechtsbegriffe beinhalten, die wiederum einer anderen Auslegung zugänglich sind.

Unklarheit besteht in den Ländern zudem bei den bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile nach § 8 Absatz 6 (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 (Pflegehilfskraftstellenprogramm). Diese werden zwar gemäß den Neuregelungen Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte, aber bei einer Gegenüberstellung „vorher / nachher“ muss gerade hinsichtlich des Bestandsschutzes sichergestellt werden, dass auch diese Stellen tatsächlich berücksichtigt werden und keinesfalls abgebaut werden, wenn Einrichtungen eine bessere Personalausstattung vor der Einführung der Personalbemessung hatten.

In zeitlicher Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass die Personalausbaustufen nach § 8 Absatz 6 und § 84 Absatz 9 noch längere Zeit im vollen Gange sein werden. Wir hoffen sehr, dass dies schnell erreicht werden kann, weisen aber darauf hin, dass keinesfalls gesichert ist, dass die dafür benötigten schulischen Ausbildungskapazitäten zur Verfügung stehen werden. Daher ist es sinnvoll, dass eine gesetzliche Verpflichtung genau daran gekoppelt ist. Eine gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung zum 01.07.2023 ohne Berücksichtigung einer längeren Konvergenzphase ist derzeit kaum vorstellbar und ist aus heutiger Sicht sehr ambitioniert. Zu würdigen ist also, dass es eine längere Übergangsphase für die Übertragung der Zuschläge für o.g. zusätzliche Stellen bis zum 31.12.2025 geben soll sowie, dass auch weiterhin Personal nach den derzeit gängigen Modi qualifiziert werden kann; dies muss auch über das Jahr 2025 hinausgehen. Insofern bitten wir darum sicherzustellen, dass die Länder bei der nach Landesrecht geregelten Helferausbildung tatsächlich verpflichtet werden, in ausreichender Zahl Ausbildungskapazitäten sicherzustellen.

Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 des angepassten Landesrahmenvertrages hinausgeht, sollen sie zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt werden, durchführen. Das ist in Anbetracht der für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig erachteten Umsetzung von Ergebnissen der nun anlaufenden Modellprogramme

folgerichtig. Allerdings fehlt eine weitere Verankerung finanzieller Förderung bzw. die Bereitstellung von Schulungsmaterialien im Sinne einer Implementierungsstrategie. Darauf sollte entsprechend in der Begründung Bezug genommen werden.

### **Änderungsbedarf**

Wir sprechen uns hinsichtlich des Bestandschutzes im Rahmen von 113c Absatz 2 Satz 2 dafür aus, dass kein Ermessen gegeben ist, mit „kann“, sondern:

„Sieht die bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine darüberhinausgehende Personalausstattung vor und wird diese entsprechend von der Pflegeeinrichtung vorgehalten, **gelten** die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 **wegen Bestandschutzes weiter**.“

Des Weiteren sprechen wir uns dafür aus, die nachfolgende Passage aus der Gesetzesbegründung in den Gesetzestext unter Absatz 2 Ziffer a aufzunehmen:

„Darüber hinaus gelten für die Stellenanteile, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgehen, die Sonderregelungen für die Finanzierung von berufsbegleitenden Ausbildungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 fort.“ Allerdings muss dieser Satz in den Gesetzestext aufgenommen werden, um seine Wirkung voll zu entfalten.“

### **Zu § 113c Absatz 4:**

Auf der Ebene der Landesrahmenverträge sprechen wir uns in Ziffer 1 für eine Ergänzung zur Anerkennung der landesrechtlichen Regelungen aus.

Zudem regen wir an, für die unter Ziffer 2 benannten besonderen Personalbedarfe (PDL, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung etc.) im Begründungstext einen Bezug zu den in der KAP vorgesehenen Verhandlungsthemen vorzunehmen.

### **Änderungsbedarf**

§ 113c Absatz 4 Satz 1 Ziffer 1 – Ziffer 1 wird wie folgt ergänzt:

„1. der sich aus den bisherigen Vorgaben nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben **und Regelungen** ergebende Personalanhaltswerte, die (...)“.

§ 113c ist um einen neuen Absatz 5a zu ergänzen:

„Absatz 5 gilt nicht für Einrichtungen im Geltungsbereich von Verträgen nach § 75 Absatz 1, die eine höhere personelle Ausstattung vorsehen, als nach Absatz 1 geregelt ist“.

### **Änderungsantrag 8**

#### **KAP: § 40 Absätze 6 und 7 Verordnungskompetenz von Pflegefachkräften**

Nach § 40 Absatz 6 sollen Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Dies begrüßen wir. Nach der geplanten Regel wird, wenn ein Pflegehilfsmittel von einer



Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen wird, in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist dann der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln.

Dies entspricht im Wesentlichen den Ausführungen in § 18 Absatz 6a SGB XI. Wir halten die hier dargelegten Regelungen des § 40 Absatz 6 neu für sachgerecht. Diese Erweiterung der sogenannten Verordnungskompetenz für Pflegefachkräfte überträgt die bisher beim Verfahren zur Pflegebedürftigkeit üblichen Regelungen auch auf die Pflegefachkräfte außerhalb der MDK-Gemeinschaft.

Darüber hinaus soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien festlegen, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird. Auch dies halten wir für sachgerecht.

Der Gesetzesbegründung ist des Weiteren zu entnehmen: „Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fort gilt.“ Den Ausführungen der Gesetzesbegründung stimmen wir zu und können deshalb nicht nachvollziehen, warum der GKV-SV auch festzulegen hat, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll. Zur Klarstellung sind diese beiden Sätze aus der Begründung in den Gesetzestext aufzunehmen und der Halbsatz „dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll“ zu streichen.

Darüber hinaus regen wir an diese Regelungen auch auf die vollstationäre Pflege auszuweiten.

### **Änderungsbedarf**

§ 40 Absatz 6 neu ist wie folgt anzupassen:

Nach Satz 3 sind die folgenden Sätze aufzunehmen:

**„Für die Wirkung der Empfehlung ist eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fort gilt.“**

Der bisherige Satz 5 ist wie folgt zu formulieren:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird.; ~~dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll.“~~

## **Änderungsantrag 9**

### **§ 8 Absatz 7: Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf**

Die Fördertatbestände des § 8 Absatz 7 werden in den Ziffern 2 und 3 des Satzes 2 um die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und um Konzepte zur Rückgewinnung von Pflegekräften erweitert. Beides sind Ziele der KAP. Gute Konzepte in diesen beiden Bereichen leisten einen wesentlichen Beitrag für den Berufsverbleib der Pflegekräfte und es ist positiv zu bewerten, wenn eine entsprechende Konzeptentwicklung gefördert werden kann.

Der Deutsche Caritasverband weist erneut darauf hin, dass diese Maßnahmen – ebenso wie auch die Anschubfinanzierung der Digitalisierung – Aufgaben im Bereich der Pflegeversicherung sind, deren Finanzvolumen aus Steuermitteln refinanziert werden sollte. Es sollte überlegt werden, auch die Fördermaßnahmen der §§ 8 Absätze 7 und 8 in den Bundeszuschuss einzubeziehen.

Wir weisen zudem darauf hin, dass eine zentrale Hürde in der Umsetzung der Anschubfinanzierung der Digitalisierung im hohen Eigenanteil von 60 Prozent pro geförderter Maßnahme, den die Einrichtungen zu leisten haben, begründet ist. Letztlich münden Fördermaßnahmen in diesem Bereich in eine Erhöhung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen, da sie refinanziert werden müssen. Des Weiteren sollte in § 8 Absatz 8 auch das Erfordernis gestrichen werden, dass die Maßnahmen der Digitalisierung der Entlastung der Pflegekräfte dienen müssen. So dient z.B. die Anschaffung von Tablets zur Durchführung von Videosprechstunden nicht primär der Entlastung der Pflegekräfte, kann aber einen Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung leisten.

## **Änderungsantrag 11**

### **Weiterentwicklung Qualität**

#### **§ 8 Absatz 4: Schaffung einer eigenständigen Finanzierungsgrundlage für den Qualitätsausschuss Pflege**

Es handelt sich hier um eine Klarstellung zur Finanzierung der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege sowie um Anpassungen aufgrund von vorgeschlagenen Gesetzesänderungen. Diese sind folgerichtig und sachgerecht.

#### **§ 113 Absatz 1: Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in der Kurzzeitpflege, Qualitätssicherung auch in Krisensituationen**

Die Aufnahme der Kurzzeitpflege als eigenständiger Bereich wird der Bedeutung der Kurzzeitpflege gerecht und ist zu begrüßen. Auch die Tagespflege sollte hier separat aufgeführt werden.

Die Aufnahme von flexiblen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen in die Maßstäbe und Grundsätze wird vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Sars-CoV-2-Pandemie ebenfalls als sachgerecht angesehen. Da der Begriff der Krisensituation sehr weit auslegbar ist, wäre es sinnvoll die Art der Krisensituation einzugrenzen.

Der Vorschlag, dass für ambulante Dienste in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 auch die Qualifikationsanforderungen für Betreuungskräfte aus den Richtlinien nach § 112a aufgenommen werden müssen, lehnen wir ab. Grundsätzlich ist eine Harmonisierung der Übergangsrichtlinie zur Qualitätssicherung bei den Betreuungsdiensten nach § 112a mit den Maßstäben und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege zu begrüßen. Allerdings wäre dabei umgekehrt vorzugehen: Die Richtlinien nach §112a sind perspektivisch aufzulösen und die Betreuungsdienste sind in die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 aufzunehmen, denn es kann nicht sein, dass einseitige Richtlinien des GKV-SV hier Vorgaben für gemeinsame Vereinbarungen der Vertragsparteien vorgeben.

### **Änderungsbedarf**

§ 113 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„(...) Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten ~~und~~, **teilstationären**, stationären und Kurzzeitpflege sowie (...)“

„(...), das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in **pandemischen** Krisensituationen umfasst. (...)“

§ 113 Absatz 1 Satz 4 neu ist ersatzlos zu streichen.

### **§ 113b Absatz 4a: Weiterentwicklung der Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung**

Mit der Neueinführung des Absatzes 4a wird klargestellt, dass die Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 bis 3 zu den Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113 gehört und der Prozess wird entsprechend beschrieben. Die Klarstellung wird begrüßt.

Die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 und die Berichte des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nach §114c Absatz 3 sind zu berücksichtigen.

Darüber hinaus haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits in vergangenen Stellungnahmen angemerkt, dass die Berichte nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 nicht mehr zeitgemäß sind, da mittlerweile eine öffentliche Qualitätsberichterstattung etabliert ist, die diese Berichte hinsichtlich der Qualität von Einrichtungen ersetzen und keine weitere Schattenberichterstattung benötigt.

### **Änderungsbedarf**

§114c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„~~Die Vertragsparteien nach § 113 Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und

2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

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.“

### **§ 113b Absatz 5: Finanzierung der Aufträge**

Hierbei handelt es sich um eine Folgeanpassung der neu eingeführten Regelungen, die sachgerecht ist.

### **§ 113b Absatz 10: Klagemöglichkeit gegen Entscheidungen des Qualitätsausschusses Pflege**

Neu eingefügt werden soll die Klagemöglichkeit vor dem Sozialgericht gegen Entscheidungen des Qualitätsausschusses Pflege sowie gegen Maßnahmen des BMG. Klagen sollen dabei keine aufschiebende Wirkung haben. Hierbei handelt es sich um eine Klarstellung der nach Artikel 19 Absatz Satz 1 bestehenden Rechtsweggarantie. Unklar bleibt hingegen, wer klagebefugt ist.

### **Änderungsbedarf**

Es sollte eine Klarstellung vorgenommen werden, wer in diesem Fall klageberechtigt ist.

### **Weitergehende Themen:**

#### **§ 113a: Expertenstandards**

Im bekannt gewordenen Arbeitsentwurf der Pflegereform aus dem März 2021 war noch eine Aktualisierung des § 113a vorgesehen. Die im Arbeitsentwurf vorgesehene Neureglung zu den Expertenstandards sollte in den Änderungsanträgen zum GVWG übernommen werden.

### **Änderungsantrag 15**

#### **7b Beratung**

Die Ergänzungen in § 7b Absatz 1 dienen zum einen der Aufnahme von noch nicht unter die Beratungsanlässe fallenden Leistungstatbestände des Wohngruppenzuschlags, von Pflegehilfsmitteln, Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfelds und der neuen Digitalen Pflegeanwendungen, was sehr zu begrüßen ist. Nicht nachvollziehbar ist jedoch die Regelung des neuen Satzes 2, wonach die Pflegekassen nur bei der Beantragung von Verhinderungspflege, von Unterstützungsangeboten im Alltag oder der Umwandlungsleistung auf die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinweisen müssen. Dieser Hinweis sollte für die Pflegeberatung bei allen Leistungstatbeständen nach § 7b grundsätzlich gelten. Wir weisen darauf hin, dass der in Satz 1 genannte Leistungstatbestand des § 45f SGB XI in diesen Änderungsanträgen nicht enthalten ist.

## **Änderungsbedarf**

Die Leistungen der §§ 39, 40 Absatz 2, § 4a Absatz 4 und § 45b sind in Satz 1 zu integrieren und folgender ergänzender Satz ist nach Satz 1 einzufügen:

**„Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a, hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.“**

Satz 2 wird entsprechend aufgehoben.

## **Änderungsantrag 16**

### **§ 45c Stärkung regionaler Netzwerke**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die vorgesehene Erhöhung der finanziellen Mittel zur Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, niedergelassene Ärzt\_innen, Heilmittelerbringer\_innen, Krankenhäuser, sozialen Diensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen u.a. Akteur\_innen ist wesentlich, um einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen zu sichern, einen guten Hilfe-Mix zu ermöglichen sowie pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten. Die vorgesehene Erhöhung der aus dem Ausgleichsfond zur Verfügung stehenden Mittel zur strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken auf 20 Millionen Euro je Kalenderjahr stärkt aus Sicht des Deutschen Caritasverbands das Wirken der Akteure vor Ort.

In Verbindung mit dieser Erhöhung stehen die vorgesehenen Änderungen in Satz 3 des Absatzes 9. Darin wird vorgeschlagen, dass je Kreis oder kreisfreie Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg zwei regionale Netzwerke und je Großstadt ab 500 000 Einwohner\_innen bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden können. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Zudem sollen nicht in Anspruch genommene Fördermittel auch im Folgejahr dem Netzwerk weiterhin zur Verfügung stehen. Dieser Vorschlag verfolgt das Ziel, bundesweit eine gleichmäßige Verteilung der Netzwerke zu ermöglichen. Dabei wird auf Regionen mit besonders hohen Bevölkerungszahlen Rücksicht genommen. Diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wird vom Deutschen Caritasverband geteilt, jedoch sollten in Landkreisen oder Städten mit mehr als 300.000 Einwohner\_innen, angelehnt an den Vorschlag in Großstädten ab 500.000 Einwohner\_innen bis zu 4 regionale Netzwerke zu fördern, weitere regionale Netzwerke gefördert werden können.

Die Steigerung des Förderbetrages von 20.000 € auf 25.000 € seitens des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen wird begrüßt, jedoch wird eine Gesamt-Fördersumme pro Netzwerk von insgesamt max. 45 000 € für erforderlich erachtet, um netzwerkbezogene Personalkosten im erforderlichen Umfang zu ermöglichen (vgl. Positionierung zu §39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken). Vor diesem Hintergrund ist eine gemeinsame Förderung durch Mittel des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft sowie vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gesetzlich zu verankern. Angesichts der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen und der damit verbundenen steigenden Zahl von auch größtenteils älteren pflegenden Angehörigen oder Angehörigen mit Doppelbelastungen von Beruf, Familie und Pflege sind der Aufbau und die Weiterentwicklung von Netzwerken wesentlich und bedürfen einer deutlichen strukturellen Stärkung. Dies kann über die Förderregelungen erreicht werden.

Die Möglichkeit nicht genutzte Mittel aus dem Vorjahr in das Folgejahr übertragen zu können, wird unterstützt. Dies ermöglicht den Netzwerken ihre Zielstellungen weiter zu verfolgen und dabei z.B. Projekte mit geplanten Finanzierungen abgesichert zu wissen.

Darüber hinaus halten wir es weiterhin für erforderlich, dass die Pflegekassen auch wie im SGB XI üblich gemeinsam handeln, deshalb wird ein Änderungsbedarf in Absatz 9 Satz 2 formuliert.

### **Änderungsbedarf**

Absatz 9 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen ~~einzel~~ oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen.“

Absatz 9 Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Je Kreis oder kreisfreier Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg können **bis 300 000 Einwohnern** zwei regionale Netzwerke **gefördert werden. In Kreisen oder Städten ab 300 000 Einwohnern können für je weitere 125 000 Einwohner ein weiteres regionales Netzwerk gefördert werden** ~~je Großstadt ab 500 000 Einwohnern können bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden~~; der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei **45 000 Euro** je Kalenderjahr nicht überschreiten. **Eine Förderung erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ergänzt mit Mitteln des jeweiligen Landes oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft.** Fördermittel nach Absatz 1 Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Absatz 1 Satz 3. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

Berlin/Freiburg, 7. Mai 2021

Eva M. Welskop-Deffaa

Vorstand Sozial- und Fachpolitik

Deutscher Caritasverband e.V.

### **Kontakt**

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Berliner Büro, Tel. 030 284444746, [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)