

**Stellungnahme der Geschäftsstelle
des Deutschen Vereins zum Refer-
rentenentwurf eines Gesetzes zur
Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz –
PpSG)**

Stellungnahme (DV 14/18) vom 6. Juli 2018

Inhalt

1. Grundsätzliche Anmerkungen	3
2. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen	4
2.1 Artikel 2 – Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <i>Finanzierung von Ausbildungskosten – § 17a Änderung Absatz 1</i>	4 4
2.2 Artikel 5 – Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung, Teil 2, Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <i>Förderungsfähige Vorhaben – § 11</i>	4 4
2.3 Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	4
2.3.1 <i>Primäre Prävention und Gesundheitsförderung – § 20; betriebliche Gesundheitsförderung – § 20b; nationale Präventionsstrategie – § 20d</i>	4
2.3.2 <i>Häusliche Krankenpflege – § 37, Einfügung neuer Absatz 2a</i>	5
2.3.3 <i>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40, Änderung Absatz 2</i>	5
2.3.4 <i>Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen – § 119b, Änderungen Absatz 1–3</i>	6
2.3.5 <i>Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a , Änderung Absatz 1</i>	6
2.4 Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes <i>Vereinbarung eines Erlösbudgets – § 4, Änderung Absatz 8, Einfügung Absatz 8a</i>	6 6
2.5 Artikel 10 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	7
2.5.1 <i>Gemeinsame Verantwortung – § 8, Anfügung Absätze 5 bis 9</i>	7
2.5.2 <i>Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37, Änderungen Absatz 3 und Absatz 4</i>	8
2.5.3 <i>Unterstützung im Alltag – § 45a, Einfügung Absatz 1 und § 45d Satz 3</i>	8
2.6 Artikel 11 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch <i>Leistungsarten – § 28, Änderung Absatz 1</i>	9 9

Am 25. Juni 2018 wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit der Referentenentwurf für ein Pflegepersonalstärkungs-Gesetz vorgelegt. Die nachstehende Stellungnahme zum Entwurf wurde von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erarbeitet. Eine Beschlussfassung durch das Präsidium des Deutschen Vereins war aufgrund der kurzen Frist zur Stellungnahme nicht möglich. Wir behalten uns vor, ergänzende bzw. weitere Anmerkungen im laufenden Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Nachstehend nimmt die Geschäftsstelle zu ausgesuchten Regelungen Stellung.

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Entwurf sollen zum einen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte in der Alten- und Krankenpflege durch bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen erreicht werden. Zum anderen zielt der Gesetzentwurf auf die Verbesserung der Pflege und Betreuung von Patienten und Patientinnen sowie der Pflegebedürftigen.

Das dazu vorgesehene Sofortprogramm betrifft Maßnahmen zur Aufstockung von Personalstellen, zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zu Ausbildungskapazitäten und Ausbildungsvergütung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und der Kindergesundheits- und Kinderkrankenpflege. Im Bereich der Altenpflege sollen 13.000 zusätzliche und vollständig von der Krankenversicherung finanzierte Stellen die Arbeitsbedingungen und die pflegerische Versorgung in den vollstationären Einrichtungen verbessern. Stationäre und ambulante Einrichtungen der Altenpflege können Zuschüsse für digitale Anschaffungen erhalten mit dem Ziel, die Pflegekräfte zu entlasten. Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen soll vereinfacht werden. Durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten der Pflegedienste soll die ambulante Versorgung in unterversorgten ländlichen Räumen gestärkt werden. Für pflegende Angehörige ist ein eigenständiger Anspruch auf stationäre Rehabilitation vorgesehen.

Der Deutsche Verein befürwortet und begrüßt das Ziel des Entwurfs, die Pflege insgesamt und im Besonderen in der Altenpflege zu stärken und zu entlasten. In seinen Empfehlungen zur Gewinnung von Fachkräften in der Altenpflege hat er bereits 2012 darauf hingewiesen, dass die Rahmenbedingungen in der Altenpflege dringend verbessert werden müssen.¹ Im Hinblick darauf unternimmt der Entwurf richtige Schritte.

Die teilweise Finanzierung der medizinischen Grundpflege mit 13.000 neuen Pflegepersonalstellen in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen aus Mitteln des SGB V kann nur ein erster Schritt sein. Der Deutsche Verein bleibt bei seiner Forderung, die medizinische Grundpflege systemgerecht aus Mitteln

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Dr. Anna Richter.

¹ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, in NDV 2012, 272–282.

des SGB V vollständig zu finanzieren.² Wenn dies erfolgen würde, wäre eine wesentlich höhere Aufstockung beim Pflegepersonal möglich.³

2. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen

2.1 Artikel 2 – Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Finanzierung von Ausbildungskosten – § 17a Änderung Absatz 1

Der Referentenentwurf geht, wie schon das kürzlich verabschiedete Pflegeberufgesetz davon aus, dass die Pflegeausbildung für die Auszubildenden kostenfrei sein soll und eine angemessene Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Dies entspricht Forderungen, wie sie unter anderem der Deutsche Verein seit vielen Jahren erhoben hat.⁴

Die vorgesehene stärkere Differenzierung nach Ausbildungszeiten bei der Anrechnungsquote von Auszubildenden auf das ausgebildete Personal, wie sie nun im Entwurf vorgesehen ist, erscheint sachgerecht.

2.2 Artikel 5 – Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung, Teil 2, Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Förderungsfähige Vorhaben – § 11

Die Erweiterung bestehender oder die Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds soll das Ziel des Entwurfs einer besseren Personalausstattung in den Krankenhäusern flankieren. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt dies.

2.3 Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.3.1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung – § 20; betriebliche Gesundheitsförderung – § 20b; nationale Präventionsstrategie – § 20d

Die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen soll gestärkt werden. Dazu wird der Mindestausgabewert, den die Krankenkassen jährlich für Maßnahmen nach § 20b SGBV aufwenden, um einen Euro pro Versichertem erhöht. Die Kassen werden verpflichtet, mindestens einen Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V sowie in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI aufzuwenden. Es ist zu begrüßen, dass mit

2 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds vom 23. Juni 2014, DV 21/14.

3 So belaufen sich laut fundierter Einschätzung des VKAD die Gesamtkosten der medizinischen Grundpflege in vollstationären Einrichtungen der Altenpflege auf 2,6 Mrd. € p.a. Demgegenüber stehen die 640.000,- €, die der Entwurf aus dem SGB V als Finanzvolumen vorsieht, vgl. Leopold, David: Medizinische Behandlungspflege – Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege, Herausgegeben vom Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V., Freiburg 2017.

4 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufsgesetz), NDV 2016, 201–203.

dieser Ergänzung die besonderen Belastungen in den Pflegeberufen in der betrieblichen Gesundheitsförderung dezidiert angesprochen werden. Die Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V) wird ebenfalls mit dieser Zielstellung ergänzt. Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren gemeinsame Ziele zur Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Pflegekräfte.

Der Deutsche Verein begrüßt diese Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege ausdrücklich, sie entspricht seinen schon vor Jahren erhobenen Forderungen.⁵ Allerdings regt der Deutsche Verein konkretere Ausführungen zu den förderungsfähigen Maßnahmen an. An dieser Stelle sei auf die Bedeutung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements als strukturierte, nachhaltige und umfassende Handlungsstrategie hingewiesen.⁶ Insbesondere den psychischen Belastungen und Gefährdungen in den Pflegeberufen sollte ausreichend begegnet werden. Daher sollten (in der Gesetzesbegründung) auch beispielhaft Maßnahmen zum Abbau von Stress, zur Stärkung der Selbstsorge und der psychischen Widerstandsfähigkeit genannt werden (Supervision, Coaching u.a.). Auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Führungskräften und die Formulierung betrieblicher Gesundheitsziele sind Bausteine einer guten betrieblichen Präventionskultur. Der Deutsche Verein empfiehlt, analog zu den Ausführungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf auch hier entsprechende Schulungen und Weiterbildungen der Führungskräfte als förderungswürdige Maßnahmen zu nennen.⁷

2.3.2 Häusliche Krankenpflege – § 37, Einfügung neuer Absatz 2a

Siehe hierzu die Anmerkungen zur Anfügung der Absätze 5 bis 9, § 8 SGB XI.

2.3.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40, Änderung Absatz 2

Der eigenständige Anspruch auf und damit der erleichterte Zugang zu stationärer Rehabilitation für pflegende Angehörige ist zu begrüßen und entspricht Forderungen des Deutschen Vereins, die Pflegefähigkeit zu erhalten und häusliche Pflegesituationen zu stabilisieren.⁸ Hier gilt es dafür Sorge zu tragen, dass hinreichend geeignete Angebote zur Information und Beratung für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen. Im Rahmen der Pflegeberatung sollten pflegende Angehörige aktiv informiert und motiviert werden, nicht nur regelmäßige Auszeiten von der Pflege zum Erhalt ihrer Gesundheit und Pflegefähigkeit in Anspruch zu nehmen, sondern auch die Möglichkeiten der stationären Rehabilitation zu nutzen.

5 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, NDV 2012, 272–282.

6 Ebenda.

7 Ebenda.

8 Ebenda.

2.3.4 Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen – § 119b, Änderungen Absatz 1–3

Die Verbesserung der allgemein-, fach- und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen ist eine seit langem bekannte Notwendigkeit. Die bereits bestehende Verpflichtung von Pflegeheimen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, wird nunmehr verbindlicher ausgestaltet (Muss- statt Soll-Regelung). Die Einrichtungen haben für die Zusammenarbeit eine verantwortliche Pflegefachkraft zu benennen. Der bestehenden Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, Kooperationsverträge zu vermitteln, wird durch eine Fristsetzung von drei Monaten mehr Nachdruck verliehen. Dass die notwendige Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen verbindlicher ausgestaltet werden soll, ist zu begrüßen. Fraglich erscheint aus Sicht der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins allerdings, ob bestehende Versorgungsengpässe in stationären Einrichtungen (insbesondere in der fachärztlichen Versorgung) auf diese Weise zu beheben sind. Inwiefern die Kooperationsverträge tatsächlich zur Entlastung der Pflegekräfte beitragen, ist ebenfalls fraglich. Die Kassenärztliche Vereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden verpflichtet, die Wirkung der Kooperationsverträge zu evaluieren und der Bundesregierung zum 30. Juni 2019 erstmalig zu berichten. Diese Regelung einer regelmäßigen Evaluation ist sinnvoll und zu begrüßen.

2.3.5 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – §132a , Änderung Absatz 1

Der Deutsche Verein begrüßt die vorgesehene Verpflichtung der Kostenträger, den besonderen Anforderungen einer flächendeckenden Versorgung im ländlichen Bereich Rechnung zu tragen und dafür angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten in den gemeinsamen Rahmenempfehlungen vorzusehen. Diese sind bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren. Diese Regelung entspricht schon früher erhobenen Forderungen des Deutschen Vereins.⁹

2.4 Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Vereinbarung eines Erlösbudgets – § 4, Änderung Absatz 8, Einfügung Absatz 8a

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt das Vorhaben, die Personalausstattung in der Pflege in den Krankenhäusern bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und auszubauen. Dazu sollen zukünftig zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die Pflege am Bett vollständig von den Kostenträgern finanziert werden (§ 4 Abs. 8 KHEntgG). Zusätzlich sollen zur weiteren strukturellen Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen für einen begrenzten Förderzeitraum von 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf anteilig (50 %) von den Kostenträgern finanziert werden (§ 4 neuer Absatz 8a). Diese Maßnah-

⁹ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und Palliativversorgung vom 22. März 2017, DV 08/16.

men sollen zur Sicherung der Personalkapazitäten und zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe beitragen.

2.5 Artikel 10 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

2.5.1 Gemeinsame Verantwortung – § 8, Anfügung Absätze 5 bis 9

Im Rahmen des Sofortprogramms sollen alle vollstationären Einrichtungen der Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege zusätzliche Stellen erhalten (ohne höhere finanzielle Belastungen der in der Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen). Die Zahl der zusätzlichen Stellen (0,5–2) je Einrichtung ist an die Zahl der Pflegeplätze gekoppelt. Zur Umsetzung sollen die Einrichtungen einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege erhalten. Zur Finanzierung dieser Leistungen zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt dies als einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Die grundsätzliche Problematik, dass den pflegebedürftigen Bewohnern und Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen ein erheblicher Betrag aus der von ihnen mitfinanzierten Krankenversicherung zur Finanzierung ihrer medizinischen Behandlungspflege vorenthalten wird, wird auf diese Weise jedoch nicht gelöst. Der Deutsche Verein hat in der Vergangenheit wiederholt gefordert, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich systemgerecht aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren.¹⁰ Dieser Forderung wird auch mit der jetzigen Regelung im Entwurf nur ansatzweise entsprochen.¹¹

Der Deutsche Verein hat wiederholt die Notwendigkeit der Verbesserung der Vereinbarkeit des Pflegeberufs mit familiären Sorgearbeiten betont.¹² Er begrüßt deshalb, dass Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf von 2019 bis 2024 anteilig (bis zu 50 % der von der Einrichtung verausgabten Mittel, höchstens jedoch 7500,-€ pro Einrichtung) mit jährlich bis zu 100 Mio. € aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert werden. Der Deutsche Verein regt ergänzend an, in den Förderrichtlinien auch die Zusammenarbeit mit den Kommunen in den Blick zu nehmen, um vorhandene sozialräumliche Ressourcen zu erkennen, zu stärken und zu vernetzen. Allerdings können Vereinbarkeitsmaßnahmen nur greifen, wenn auch die betriebliche Arbeitsorganisation (sicherer Dienstplan) auf die Vereinbarkeit hin ausgerichtet ist. Insofern ist die vorgesehene Förderung von Schulungen und Weiterbildungen der Führungskräfte im Hinblick auf Familienfreundlichkeit sowie die Förderung einer optimierten Dienstplangestaltung zu begrüßen.¹³

10 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds vom 23. Juni 2014, DV 21/14.

11 Leopold, David: Medizinische Behandlungspflege – Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege, Herausgegeben vom Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V., Freiburg 2017. Zu den Zahlen siehe auch Fußn. 4.

12 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ein Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Familienpflegezeitgesetz – FamPflegeZG), NDV 2011, 148–151, sowie: Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales über ein Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, NDV 2014, 466–470.

13 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, in NDV 2012, 272–282.

Die von 2019 bis 2021 bereitgestellte einmalige Anschubfinanzierung für die Digitalisierung in der Pflege ist als ein erster Schritt zu begrüßen, auch wenn die damit zu erzielende Entlastung für die Pflegekräfte noch nicht wirklich absehbar ist. Da es sich um ein begrenztes Budget (max. 12.000,-€, bzw. 40 % der Investitionssumme) handelt, gilt es, in den Richtlinien daraufhin zu wirken, dass insbesondere kleinere Einrichtungen von den Zuschüssen profitieren und im Bereich der Digitalisierung Investitionen tätigen können.

2.5.2 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37, Änderungen Absatz 3 und Absatz 4

Der Deutsche Verein begrüßt, dass für die Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI in der eigenen Häuslichkeit ab dem Jahr 2021 die Vergütung nicht mehr gesetzlich festgelegt ist, sondern zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern vereinbart werden soll. Der Deutsche Verein hat wiederholt darauf hingewiesen, dass eine qualifizierte, umfassende Beratung pflegender Angehöriger das Fundament legt, um Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit zu erhalten, die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren und eine stationäre Versorgung zu vermeiden oder hinauszuzögern.¹⁴ Die Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI sind im Bereich der selbstbeschafften Pflegehilfen das zentrale Instrument dazu. In den (noch nicht veröffentlichten) Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI werden Anforderungen an eine fachlich anspruchsvolle Beratung dargelegt. Dem muss auch eine leistungsgerechte Vergütung folgen. Die bisherigen gesetzlich festgelegten Vergütungen genügen diesem Anspruch nicht.¹⁵

Grundsätzlich bedürfen Mitteilungen über die Ergebnisse des Beratungsbesuches der Einwilligung der Pflegebedürftigen. Der Entwurf sieht vor, dass eine Übermittlung der Einschätzung, es bestehe ein „weitergehender Beratungsbedarf“, auch dann erfolgen kann, wenn die pflegebedürftige Person dazu keine Einwilligung erteilt hat. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es Konstellationen gibt, in denen die häusliche Pflegesituation von den Beratungspersonen als nicht gut oder ausreichend eingeschätzt wird und wo es notwendig erscheint, die Pflegesituation zu verbessern. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen muss nach der Übermittlung eines weitergehenden Bedarfs erneut auf die Betroffenen zugehen und Beratung anbieten. Da personenbezogene Daten über die Pflegesituation nicht übermittelt werden, scheint aus Sicht der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins die Regelung nicht zu weitgehend und von der Zielstellung sinnvoll.

2.5.3 Unterstützung im Alltag – § 45a, Einfügung Absatz 1 und § 45d Satz 3

Die Ergänzung um die Formulierung „vergleichbar nahestehende Pflegepersonen“ ist sinnvoll und entspricht den veränderten Lebenswirklichkeiten.¹⁶

¹⁴ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, in NDV 2012, 272–282.

¹⁵ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), NDV 2015, S. 566.

¹⁶ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Vorschlag für eine Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige, NDV 2017, 492–495.

2.6 Artikel 11 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Leistungsarten – § 28, Änderung Absatz 1

Der Deutsche Verein verweist an dieser Stelle auf seine wiederholte Forderung, behinderten pflegebedürftigen Menschen unabhängig vom Wohnort die Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang zu gewähren.¹⁷

¹⁷ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), NDV 2015, S. 569.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de