

Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)

zur
Erörterung des Referentenentwurfs
des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

am 11. Juli 2018 in Berlin

I Vorbemerkung:

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) nimmt in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Folgenden zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) Stellung.

Das PpSG hat zum einen das Ziel, Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.

Der MDS hält die mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben angestrebte Zielsetzung, spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte in der Alten- wie Krankenhauspflege zu erreichen, um die Versorgungsqualität der Pflege zu erhöhen für richtig. Wir sehen, bezogen auf die Altenpflege in der nun vorgesehenen Verbesserung der Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen eine konsequente Fortführung der Pflege-Stärkungsgesetze, die die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und umfassende Leistungsverbesserungen durch die Pflegeversicherung vorsahen. Die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen stellen den richtigen Ansatzpunkt dar.

Auch die avisierte Stärkung des Personals in vollstationären Pflegeeinrichtungen halten wir für einen richtigen Schritt, denn sie kann zur Verbesserung der Qualität in der Pflege beitragen. Aus Sicht des MDS sind angesichts der Tatsache, dass sich die vollstationäre Pflege immer stärker hin zu gerontopsychiatrischer Fachpflege entwickelt, bei der Stärkung des Personals in Pflegeeinrichtungen weitere Maßnahmen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Qualifikation des Pflegepersonals notwendig.

Für die Verbesserung der Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen ist es wichtig, auf Dauer eine verlässliche Grundlage zu schaffen. Es bedarf eines anerkannten Instruments zur Personalbemessung für die Altenpflege, an dessen Erarbeitung in einem wissenschaftlichen Projekt unter Federführung der Universität Bremen bereits gearbeitet wird. Die Medizinischen Dienste unterstützen das Forschungsvorhaben und arbeiten bei der Erhebung der Zahlenwerte in den Einrichtungen mit. Ziel dieses Forschungsprojektes ist es, ein praktikables Personalbemessungsinstrument zu erarbeiten, damit der Personalbedarf in den Einrichtungen fundiert erhoben werden kann. Auf dieser Grundlage sollen künftig in den Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern die Personalbesetzungszahlen für die Einrichtungen erarbeitet werden.

Ergänzend zu den Personalverstärkungen ist eine Qualifizierungsoffensive für die Pflegefachkräfte nötig. Denn die Anforderung an die Pflegefachkräfte in der Pflege und Betreuung steigen und die Aufgaben der konkreten Beratung der Pflegebedürftigen und Angehörigen im Versorgungsalltag und der Anleitung angelernter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steigen. Wichtig ist das quantitative und qualitative Verbesserungen Hand in Hand gehen.

Die Intention des Gesetzentwurfes, die pflegerische Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen durch verschiedene Maßnahmen zu verbessern, halten wir für richtig. Nach unserer Einschätzung sind die vorgesehenen Anreizsysteme für den Krankenhausbereich attraktiver als im Bereich der ambulanten und stationären Pflege, so dass es hier möglicherweise zu einem kontraproduktiven Wettbewerb zwischen ambulanter und stationärer Pflege einerseits und dem Krankenhausbereich andererseits um die Fachkräfte zum Nachteil der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen kommen könnte.

Die vorgesehene Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 halten wir für sachgerecht. In den Verhandlungen des Qualitätsausschusses Pflege zum Beschluss der Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI (Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI) hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Auffassungen zum Mindestinhalt der Empfehlungen und zur Qualifikation der Beratungspersonen bestehen.

Wir halten es zudem für grundsätzlich sachgerecht, Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine angemessene betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Kranken- und stationären Altenpflege zu erreichen. Wir gehen von einem ähnlich ausgeprägten Präventionsbedarf in der ambulanten Pflege aus, was aus unserer Sicht dafür spricht, die gesetzliche Neuregelung zum Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung perspektivisch auch auf den ambulanten Pflegebereich zu beziehen. Um Umsetzungsprobleme zu vermeiden, schlagen wir eine flexible Ausgestaltung und einen schrittweisen Ausbau der Aktivitäten in Krankenhäusern und im Pflegebereich vor, da der Ausbau sonst nicht ohne Probleme bei Qualität und Nachhaltigkeit der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen der Krankenkassen umgesetzt werden kann.

Wir halten es für sinnvoll, dass die Pflegeversicherung die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Vertragszahnärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen stärken soll.

Darüber hinaus gehen wir davon aus, dass der erleichterte Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation die Situation für Pflegenden Angehörige verbessern kann. Die vorgesehene Änderung ergänzt die bereits im Jahr 2013 mit in Kraft treten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) vorgenommenen Verbesserungen. Da die regelmäßige Inanspruchnahme ambulanter Leistungen für pflegende Angehörige im Rahmen des pflegerischen Tagesablaufes oft schwierig ist und oft nicht zu dem erwünschten Behandlungserfolg führt, halten wir die vorgesehene Änderung mit Wegfall des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ für pflegende Angehörige für sachgerecht. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass in nicht unbeträchtlicher Zahl der Fälle auch Vorsorgemaßnahmen für pflegende Angehörige nach § 23 (4) SGB V in Betracht kommen, hier aber der Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Gesetzentwurf nicht geändert wird.

Mit dieser Stellungnahme möchten wir Hinweise und Anregungen zur Ausgestaltung einzelner Regelungen geben.

II Stellungnahme zum Referentenentwurf:

Zu Artikel 7 Nr. 1 Buchstabe a) (§ 20 Abs. 6 Sätze 2 und 3 [neu] SGB V – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung):

Mit der Neuregelung in § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V wird vorgesehen, den Betrag, den die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach § 20b SGB V – betriebliche Gesundheitsförderung – aufwenden, zu erhöhen. Dabei soll der bereits heute gesetzlich vorgesehene Mindestausgabewert für diese Leistungen je Versicherten um 1 Euro erhöht werden.

Gleichzeitig wird in § 20 Abs. 6 SGB V ein neuer Satz 3 eingeführt, nach dem die Krankenkassen in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen für Leistungen nach § 20b SGB V für jeden ihrer Versicherten jährlich mindestens 1 Euro aufwenden.

Bewertung:

Perspektive: BGF auch in der ambulanten Pflege

Im Jahr 2015 wurden 783.000 Pflegebedürftige in Heimen von 730.000 Beschäftigten vollstationär versorgt. Gleichzeitig wurden 692.000 Pflegebedürftige zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste mit 355 600 Beschäftigten versorgt.¹ Im Jahr 2014 lag der Krankenstand – als Indikator für Präventionsbedarf – der Beschäftigten in Altenheimen, Alten- und Behindertenwohnheimen bei 6,9%, der Beschäftigten in der sozialen Betreuung älterer Menschen und Behinderter – wozu auch die Pflege durch ambulante Pflegedienste zählt – bei 6,3%.² Es kann also von einem ähnlich ausgeprägten Präventionsbedarf ausgegangen werden, was dafür spricht, die gesetzliche Neuregelung zum Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung perspektivisch auch auf den ambulanten Pflegebereich zu beziehen.

Bisherige BGF-Leistungen der Krankenkassen

Die Krankenkassen dokumentieren ihre Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung für den jährlichen Präventionsbericht der Kranken- und Pflegekassen, den der GKV-Spitzenverband und der MDS herausgeben.³ Im Berichtsjahr 2016 war das Gesundheits- und Sozialwesen mit 15% der erreichten Betriebe die drittgrößte Branche, in der die Krankenkassen die betriebliche Gesundheitsförderung unterstützen.

Umsetzung der Gesetzesregelungen

Es ist zu erwarten, dass die Umsetzung einer verstärkten betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und stationären Pflegeheimen auf Umsetzungsprobleme stoßen wird. Ein Ausbau könnte

¹ Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015. Wiesbaden 2017

² Badura B et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Berlin, Heidelberg 2015

³ GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (Hrsg.), Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, IKK e. V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, KNAPPSCHAFT, Verband der Ersatzkassen e. V.): Präventionsbericht 2017 (Präventionsbericht 2018: Veröffentlichung Ende November 2018). www.mds-ev.de

sonst nicht ohne Probleme bei Qualität und Nachhaltigkeit der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen der Krankenkassen umgesetzt werden können. Ein schrittweiser Ausbau der Aktivitäten in Krankenhäusern und im Pflegebereich wäre daher sinnvoller.

Zu berücksichtigen ist, dass die Krankenkassen Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur dann erbringen können, wenn der Betrieb hierzu bereit ist. In der Branche ist hier teilweise noch Motivierungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten.

Zu Artikel 7 Nr. 5. (§ 40 Absatz 2 SGB V - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

Mit der Änderung des § 40 Abs. 2 SGB V und dem damit verbundenen Wegfall des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ soll der Zugang von pflegenden Angehörigen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden.

Bewertung:

Die Erleichterung des Zugangs zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige kann grundsätzlich einen Beitrag zur Verbesserung der Situation dieser Personen sein. Die vorgesehene Änderung ergänzt die bereits im Jahr 2013 mit in Kraft treten des PNG vorgenommenen Verbesserungen.

Fast drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden zu Hause durch Angehörige gepflegt. Die Aufrechterhaltung der Gesundheit pflegender Angehöriger ist neben der Verbesserung der Situation der Betroffenen zur Sicherung der pflegerischen Versorgungsstrukturen von großer Bedeutung. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können hierzu einen Beitrag leisten. Schon heute hat die Krankenkasse bei der Entscheidung über eine medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistung die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Bei der Entscheidung, ob eine Rehabilitationsleistung ambulant oder stationär erbracht wird (Allokationsempfehlung) sind in der Begutachtung seitens des MDK bereits heute schon die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren des Antragstellers gemäß Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation zu würdigen. Ist beispielsweise erkennbar, dass das Rehabilitationsziel ambulant nicht zu erreichen ist oder die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld notwendig erscheint, was auf pflegende Angehörige häufig zutreffen kann, kommt eine ambulante Rehabilitation auch heute schon nicht in Betracht.

Die regelmäßige Inanspruchnahme ambulanter Leistungen der Krankenbehandlung, wie z.B. Heilmittel, kann für pflegende Angehörige im Rahmen des pflegerischen Tagesablaufes oft schwierig sein und damit oft nicht zu dem erwünschten Behandlungserfolg führen. Die Herausnahme aus dem belastenden sozialen Umfeld und die Entlastung von häuslichen und pflegerischen Verpflichtungen können für pflegende Angehörige für den Erfolg einer Rehabilitation von Bedeutung sein. Die vorgesehene Änderung mit Wegfall des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ für pflegende Angehörige (in Analogie zu Leistungen für Mütter und Väter nach § 41 SGB V) würde dieser Problemkonstellation gerecht.

Lt. Gesetzesbegründung bedarf es unverändert einer ärztlichen Verordnung der stationären Rehabilitation und der Genehmigung durch die Krankenkasse, sodass Voraussetzungen für die Leistung weiterhin medizinische Gründe sind. Durch den Hinweis „unabhängig von Absatz 1“ würde der Verweis entfallen, dass die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen der Rehabilitation erbringt.

Änderungsvorschlag:

„Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen erforderliche stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig von Absatz 1; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“

Zu Artikel 7 Nr. 7. Buchstabe a) (§ 119b Abs. 1 SGB V – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen):

Stationäre Pflegeeinrichtungen haben zukünftig mit dafür geeigneten vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge zu schließen. Die zuständige Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung hat auf Antrag der Pflegeeinrichtung entsprechende Verträge innerhalb von drei Monaten zu übermitteln. Des Weiteren sollen stationäre Pflegeeinrichtungen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Leistungserbringer benennen.

Bewertung:

Die Regelungen werden als richtiger zusätzlicher Schritt angesehen. Festzuhalten ist, dass im vertragszahnärztlichen Bereich im Jahr 2017 – drei Jahre nach Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung für Kooperationsverträge – bereits rund 3.700 stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abgeschlossen haben. Die Zahl der beteiligten Kooperationszahnärzte übertrifft dabei die Zahl der beteiligten Pflegeeinrichtungen, woraus sich schließen lässt, dass ein Teil der Einrichtungen Verträge mit mehreren Kooperationszahnärzten geschlossen haben.

Hinsichtlich der Benennung einer verantwortlichen Pflegekraft enthält die Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen, die zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem GKV-Spitzenverband im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene geschlossen wurde, bereits die Regelung, dass seitens der stationären Pflegeeinrichtung „dem Kooperationszahnarzt konkrete Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung benannt werden“ sollen.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 7. Buchstabe c) (§ 119b Abs. 1 SGB V – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen):

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband sollen auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen evaluieren und der Bundesregierung über die Ergebnisse im Abstand von drei Jahren, erstmalig bis zum 30. Juni 2019, Bericht erstatten.

Bewertung:

Die Regelung halten wir für sinnvoll. Für die Evaluation der Kooperationsverträge bestand bisher eine Verpflichtung nur für den vertragsärztlichen Bereich. Diese Verpflichtung wird nun auch auf den vertragszahnärztlichen Bereich übertragen.

Die Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen sieht bereits eine Berichterstattung über das Erbringen der Zuschlagsleistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V und die Beratung über mögliche Konsequenzen vor.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Zu Artikel 10 Nr. 2 (§ 8 Abs. 5 SGB V - Gemeinsame Verantwortung, Finanzierung der Datenauswertungsstelle):

Mit dem PSG II wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI verpflichtet, eine fachlich unabhängige Institution mit der Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beauftragen (§ 113 Abs. 1b SGB XI). Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die bislang ausstehende Finanzierungsregelung für diese Datenauswertungsstelle geschaffen.

Bewertung:

Ungeklärt war bisher, wie die Institution nach § 113 Abs. 1b SGB XI (Datenauswertungsstelle) finanziert werden soll. Die beabsichtigte Neuregelung halten wir daher grundsätzlich für sachgerecht.

Artikel 10 Nr. 2 (§ 8 Abs. 6 SGB V - Gemeinsame Verantwortung, Vergütungszuschläge zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte):

Alle Einrichtungen der vollstationären Pflege erhalten im Rahmen des Sofortprogramms einen Anspruch auf die Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte durch einen Zuschlag, um insbesondere den Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege pauschal teilweise berücksichtigen zu können. Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils eine halbe Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen eine Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen eineinhalb Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen zwei Pflegestellen zusätzlich. Voraussetzung ist, dass es sich um zusätzliches Pflegepersonal handelt, welches über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Die Leistung soll nach § 37 Abs. 2a SGB V über eine Zahlung der Krankenkassen von jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgen. Anteilig mit pauschal 44 Millionen Euro im Jahr beteiligt sich die private Pflegeversicherung.

Bewertung:

Die beabsichtigte Personalverstärkung halten wir in ihrem Ansatz grundsätzlich für sachgerecht, denn sie trägt zur Entlastung des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen bei. Bei der gesetzlichen Regelung soll der Aufwand für die Behandlungspflege durch die GKV teilweise kompensiert werden. Pflegefachkräfte verfügen über die formale Qualifikation zur Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen. Daher regt der MDS an, im Gesetzestext klarzustellen, dass es sich bei den zusätzlich zu finanzierenden Stellen um Pflegefachkräfte und nicht um Pflegekräfte handelt.

Darüber hinaus weist der MDS darauf hin, dass weitere Maßnahmen notwendig sind, um stationäre Pflegeeinrichtungen bei ihrer täglichen Leistungserbringung zu unterstützen. Angesichts der Tatsache, dass sich die vollstationäre Pflege immer stärker hin zu gerontopsychiatrischer Fachpflege entwickelt – zwei von drei Pflegeheimbewohnern sind Menschen mit Demenz – sind aus unserer Sicht mittelfristig auch verbindliche Vorgaben an eine gerontopsychiatrische Qualifikation des Pflegepersonals bzw. Vorgaben zur Beschäftigung von Pflegefachkräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung notwendig, um insbesondere auch die Arbeit der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI fachlich zu flankieren.

Perspektivisch ist es für die Verbesserung der Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen wichtig, auf Dauer eine verlässliche Grundlage zu schaffen. Es bedarf eines anerkannten Personalbemessungsinstruments für die Altenpflege, wie es derzeit auf der Grundlage des § 113c SGB XI in einem wissenschaftlichen Projekt unter Federführung der Universität Bremen erarbeitet wird. Die Medizinischen Dienste unterstützen das Forschungsvorhaben und arbeiten bei der Erhebung der Zahlenwerte in den Einrichtungen mit. Ziel dieses Forschungsprojektes ist es, ein praktikables Personalbemessungsinstrument zu erarbeiten, damit der Personalbedarf in den Einrichtungen fundiert erhoben werden kann. Auf dieser Grundlage sollen künftig in den Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern die Personalbesetzungszahlen für die Einrichtungen erarbeitet werden.

Änderungsvorschlag:

Der MDS regt an, im Gesetzestext klarzustellen, dass es sich bei den zusätzlich zu finanzierenden Stellen um Pflegefachkräfte und nicht um Pflegekräfte handelt.

Zu Artikel 10 Nr. 4b (§ 37 Abs. 5 SGB V - Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen):

Zur Verdeutlichung der Anforderungen an die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sollen die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert werden. Dies betrifft u.a. die Anforderungen an die Beratung und an die Qualifikation der Beratungsperson. Auch ist vorgesehen, dass die Empfehlungen Ausführungen zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Einzelfall enthalten.

Bewertung:

In den Verhandlungen des Qualitätsausschusses Pflege zum Beschluss der Empfehlungen hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Auffassungen zum Mindestinhalt der Empfehlungen und zur Qualifikation der Beratungspersonen bestehen. Die Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 ist daher sachgerecht.

In diesem Zusammenhang weist der MDS darauf hin, dass in § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB XI für die durchführenden Beratungspersonen der Begriff „Pflegekräfte“ verwendet wird. Dies führt zu Unklarheiten darüber, ob auch nicht als Pflegefachkräfte qualifizierte Pflegekräfte die Beratungen durchführen können. Nach Auffassung des MDS ist für eine qualitativ gute Umsetzung der Beratungsbesuche die Qualifikation als Pflegefachkraft zwingende Grundvoraussetzung. Darüber hinaus sind Zusatzqualifikationen zu erfüllen, die in den Empfehlungen nach § 37 SGB XI festzulegen sind.

Änderungsvorschlag:

Zur Klarstellung empfiehlt der MDS, in § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB XI den Begriff „Pflegekräfte“ durch „Pflegefachkräfte“ zu ersetzen.