



Fragen und Antworten
vdek-Pflegelotse/Pflegenoten
(Stand: 2.9.2010)



Inhalt

vdek-Pflegelotse/Pflegenoten	1
I. Allgemeines	5
Was ist der vdek-Pflegelotse?.....	5
Woher stammen die Daten im vdek-Pflegelotsen?	5
Wo werden die Pflegenoten veröffentlicht?	5
Wie kommt der vdek-Pflegelotse bei den Versicherten an?.....	5
II. Bewertungssystematik	6
Was sind Pflegenoten?.....	6
Warum lehnen sich die Pflegenoten an das Schulnotensystem an?	6
Welche Vorteile bringen die Pflegenoten?	6
Was wird bei der Prüfung bewertet?.....	6
Wie werden die Bewohner ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden?.....	7
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für Pflegeheime / Pflegedienste?	7
Warum wird die Befragung der Bewohner/Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote einbezogen?	8
Gibt es eine Überprüfung (Evaluation) der Pflegenoten?.....	8
Wo liegt die Hauptkritik an den Pflegenoten? Was muss verändert werden?	8
Wie gehen die Einrichtungen mit den Pflegenoten um (Qualitätswettbewerb etc.)?	9
Wie werden die Pflegenoten vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zur Qualitätssicherung genutzt?.....	9
III. Prüfungsverfahren	9
Wer überprüft die Qualitätsstandards in den Pflegeheimen/Pflegediensten?	9
Werden Prüfungen bei Pflegeheimen/Pflegediensten vorab angemeldet?	10
Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft?	10
Wie lange dauert eine Prüfung (inklusive Vor- und Nachbereitung)?	10
Was heißt „gleichwertige Prüfung“?.....	10
Was passiert, wenn eine Pflegeeinrichtung schlechte Noten erhält?	10
In welchen Fällen wird eine Prüfung wiederholt?	11
Was prüft die Heimaufsicht?.....	11
Gibt es eine Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht?	12

IV. Veröffentlichungsverfahren	12
Was ist die DatenClearingStelle (DCS)?.....	12
Wie ist das Verfahren der Veröffentlichung?	12
Wer veröffentlicht die Pflegenoten?	12
Von wie vielen Einrichtungen wurden die Pflegenoten bereits im Internet veröffentlicht?	13
Warum sind nicht von allen Einrichtungen die Noten im Internet enthalten?	13
Gibt es Unterschiede in den Bewertungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen?.....	13
Und wie sieht es mit den Länderdurchschnitten aus?.....	13
Wo kann ich mir ein Bild von den Länderdurchschnitten machen?	14
Wie viele Einrichtungen haben vor den Sozialgerichten geklagt und wie haben die Gerichte entschieden?	14
Warum gab es nicht schon vorher Pflegenoten?.....	14
Anhang	15
Anlage 1: Bewertungskriterien für Pflegeheime	15
Anlage 2: Bewertungskriterien für Pflegedienste.....	19
Anlage 3: Pflegeversicherung	22
Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?.....	22
Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?	22
Nach welchen Kriterien werden die Pflegestufen ermittelt?	22
Welche Leistungen finanziert die Pflegeversicherung?	23
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	23
Kombination von Geldleistung und Sachleistung	23
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	23
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	24
Vollstationäre Pflege	24
Kurzzeitpflege	24
Teilstationäre Pflege	24

Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 10963 Berlin

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redakteurin: Manuela–Andrea Pohl (Abteilung Kommunikation)/

Oliver Blatt/Stefan Wilderotter (beide Abteilung Gesundheit)

Layout: Britta Rauh–Weißefeld (Abteilung Kommunikation)

Korrespondenzanschrift: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Kommunikation, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Telefon: 0 30 / 2 69 31 – 0, Telefax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

E-Mail: presse@vdek.com

I. Allgemeines

Was ist der vdek-Pflegelotse?

Der vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) entwickelte vdek-Pflegelotse ist eine einfach zu bedienende und leistungsstarke Suchmaschine im Internet (www.pflegelotse.de). Sie informiert stets aktuell und bundesweit über derzeit 13.061 ambulante und 10.417 stationäre Pflegeeinrichtungen und hilft Ihnen oder Ihren Angehörigen bei Ihrer Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung. Sie finden Informationen zum Beispiel über die Größe, die Kosten, die Qualität, die Ausstattung, besondere Versorgungsformen, die Lage sowie die Anschriften der Einrichtungen. Auch ein Vergleich ausgesuchter Einrichtungen ist möglich.

Woher stammen die Daten im vdek-Pflegelotsen?

Die Preis- und Strukturdaten im vdek-Pflegelotsen werden von den vdek-Landesvertretungen eingepflegt und regelmäßig aktualisiert, sie basieren auf den Verträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen. Zusätzlich werden von der vdek-Zentrale die über die Hotline eingehenden Hinweise/Korrekturen zu Preis- und Adressdaten der Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Die Qualitätsdaten basieren auf den vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführten Qualitätsprüfungen und werden nach der Durchführung des Transparenzverfahrens von der DatenClearingStelle (DCS) bereitgestellt (vgl. IV Veröffentlichungsverfahren). Auf diese Weise werden Aktualität und Qualität der Daten sichergestellt.

Wo werden die Pflegenoten veröffentlicht?

Das Ersatzkassensystem nutzt als einheitliche Plattform zur Veröffentlichung der Pflegenoten das Internetportal www.pflegelotse.de. Dort sind die Ergebnisse seit Anfang Dezember 2009 aufgeführt.

Wie kommt der vdek-Pflegelotse bei den Versicherten an?

Der vdek-Pflegelotse wird von seinen Nutzern sehr gut angenommen und für anwenderfreundlich befunden. Die Ratsuchenden haben den vdek-Pflegelotsen seit seiner Einführung schon über 17 Millionen Mal (Stand: 1.8.2010) genutzt, um sich über die Qualität und die Leistungen der Pflegeeinrichtungen zu informieren. Der vdek-Pflegelotse wird kontinuierlich weiterentwickelt, um die Nutzerfreundlichkeit und Übersichtlichkeit des Angebotes weiter zu verbessern. Zudem können sich die Verbraucher bei Fragen zu den Inhalten oder der Bedienung der Plattform an eine eigens eingerichteten Telefon-Hotline wenden (0 30 / 269 31 - 29 69). Oberstes Ziel ist dabei, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen schnell und unkompliziert bei der Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung zu unterstützen.

II. Bewertungssystematik

Was sind Pflegenoten?

Um sich umfassend und objektiv über die pflegerische Arbeit eines Pflegedienstes beziehungsweise einer Pflegeeinrichtung zu informieren, benötigen Interessierte die relevanten Prüfungsergebnisse der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK). Durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008 wurde die Möglichkeit geschaffen, Verbrauchern diese Informationen verständlich zugänglich zu machen. Um eine einheitliche Bewertung sicherzustellen, haben sich der GKV-Spitzenverband, die Sozialhilfeträger und die Vertreter der Leistungserbringer für ein Bewertungssystem ähnlich der Schulnoten entschieden. Dies ist in den so genannten Pflege-Transparenzvereinbarungen (ambulant/stationär) geregelt. Vergeben werden bei der Bewertung die Noten sehr gut (1,0) bis mangelhaft (5,0).

Warum lehnen sich die Pflegenoten an das Schulnotensystem an?

Die Bewertungssystematik musste mit den Verbänden der Leistungserbringer ausgehandelt werden. Als Alternative wäre beispielsweise auch ein so genanntes „Ampelsystem“ denkbar gewesen. Durchgesetzt hat sich jedoch die so genannte „Schulnotensystematik“, die den Verbrauchern insbesondere im Zuge der Bewertung von Produkten und Dienstleistungen durch die Stiftung Warentest bekannt ist. Auf die Verwendung der Note „ungenügend“ wurde verzichtet, da man der Meinung war, dass eine weitere Differenzierung am unteren Ende für den Verbraucher nicht hilfreich ist.

Welche Vorteile bringen die Pflegenoten?

Mit den neuen Pflegenoten können Sie oder Ihre Angehörigen anhand einer Gesamtnote und drei (ambulant) beziehungsweise vier (stationär) Bereichsnoten sowie bei Interesse auch detailliert anhand einzelner Kriterien die neuen Bewertungen von Pflegeeinrichtungen abrufen. Damit wird erstmals eine echte Vergleichbarkeit hergestellt, die durch unabhängige Prüfer ermittelt wird. Dies ist ein großer Schritt hin zu einer umfassenden Transparenz der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Darüber hinaus helfen die Pflegenoten den Verbänden der Pflegekassen, defizitäre Pflege noch schneller zu erkennen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu veranlassen.

Was wird bei der Prüfung bewertet?

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) werden inhaltlich in verschiedene Bereiche eingeteilt. Jeder Bereich wird mit einer Teilnote bewertet. In stationären Pflegeeinrichtungen wird der Fokus auf vier Teilgebiete gelegt:

1. Pflege und medizinische Versorgung des Versicherten,

2. der Umgang mit demenzkranken Bewohnern,
3. soziale Betreuung und Alltagsgestaltung,
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Bei ambulanten Pflegediensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

1. pflegerische Leistungen,
2. ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (zum Beispiel: Arzneimittelverabreichung, Blutdruckmessen),
3. Dienstleistung und Organisation (zum Beispiel: Einhaltung des Datenschutzes, Schulung der Mitarbeiter).

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Befragung der Bewohner der Pflegeeinrichtung beziehungsweise durch eine Kundenbefragung bei ambulanten Pflegediensten. Die Noten hierfür werden jeweils separat ausgewiesen und gehen nicht in die Durchschnittsberechnung der Gesamtnote einer Pflegeeinrichtung ein.

Wie werden die Bewohner ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden?

Die Bewohner von Pflegeeinrichtungen werden vor Ort nach einem Zufallsprinzip durch das Prüfteam ausgewählt. Um die Einrichtungen miteinander vergleichen zu können, wird diese Stichprobe nach der Pflegestufenverteilung in der Pflegeeinrichtung geschichtet. Das heißt, wenn bei 20 Prozent der Bewohner einer Pflegeeinrichtung die Pflegestufe III festgestellt wurde, dann müssen auch in der Zufallsstichprobe 20 Prozent Pflegebedürftige mit Stufe III berücksichtigt sein. In die Prüfung werden in der Regel zehn Prozent der Pflegebedürftigen einbezogen, mindestens jedoch fünf und maximal 15. Damit wird die Stichprobe aussagekräftig. Eine analoge Vorgehensweise erfolgt im ambulanten Bereich.

Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für Pflegeheime/Pflegedienste?

Die Prüfung der Pflegeheime erfolgt anhand von 82 Einzelkriterien, bei Pflegediensten anhand von 49 Einzelkriterien. Jedes einzelne Kriterium erhält eine Einzelbewertung mithilfe einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung ist. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Die Skalenwerte werden nach folgender Tabelle in Noten mit einer Stelle nach dem Komma umgerechnet:

Bezeichnung der Note		Skalenwert
Sehr gut	(1,0 – 1,4)	8,7 – 10
Gut	(1,5 – 2,4)	7,3 – < 8,7
Befriedigend	(2,5 – 3,4)	5,9 – < 7,3
Ausreichend	(3,5 – 4,4)	4,5 – < 5,9
Mangelhaft	(4,5 – 5,0)	0 – < 4,5

Die Befragung der Bewohner beziehungsweise die Kundenbefragung (18 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein. Sie wird separat als Bereichsergebnis ausgewiesen. Um die Gesamtnote richtig einordnen zu können, wird ein Landesdurchschnitt aller Anbieter in dem Bundesland ermittelt.

Warum wird die Befragung der Bewohner/Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote einbezogen?

Mit der Befragung der Heimbewohner und Kunden von Pflegediensten wird die persönliche Sicht der Pflegebedürftigen sowohl auf die Pflegekräfte als auch auf Service und Einrichtung dargestellt. Diese Aussagen ergänzen die Prüfungsergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), deren Fokus verstärkt auf medizinisch–pflegerischen Aspekten liegt. Es ist methodisch sinnvoll, die fachliche Beurteilung auf der einen Seite von der subjektiven Beurteilung auf der anderen Seite deutlich zu trennen.

Gibt es eine Überprüfung (Evaluation) der Pflegenoten?

Die Pflegenoten werden wissenschaftlich überprüft (Evaluation). Die Evaluation soll gesicherte Erkenntnisse liefern, inwieweit die gewählten Qualitätskriterien, das vereinbarte Bewertungssystem sowie das Layout der Pflegenoten geeignet sind, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat sich für eine Evaluation der vereinbarten Bewertungskriterien und der daraus resultierenden Pflegenoten eingesetzt. Dabei wird auch beobachtet, ob Qualitätsmängel auch adäquat durch die Pflegenoten abgebildet werden und ob sich das Ergebnis mit der Bewertung erfahrener Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) deckt. Die vorliegenden ersten Ergebnisse zeigen, dass die Pflegenoten einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Verbraucherinteressen und auch einen Anreiz für Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen darstellen. Der damit eingeschlagene Weg muss aus Sicht des vdek konsequent weiterverfolgt werden.

Wo liegt die Hauptkritik an den Pflegenoten? Was muss verändert werden?

Hauptkritik an dem derzeitigen Bewertungssystem ist und bleibt der Umstand, dass derzeit alle Qualitätskriterien gleich gewichtet in die Gesamtnote einfließen. Sinnvoller wäre es hingegen, wenn bestimmte „Risikokriterien“ stärker in die Benotung eingehen. Damit wird vermieden, dass Einrichtungen trotz einer schlechten Benotung in einem einzelnen Risikokriterium dennoch eine gute Gesamtnote erhalten. Daher wird derzeit zwischen den Pflegekassen und den Interessenverbänden der Pflegeeinrichtungen darüber verhandelt, welche Einzelnoten (Einzelkriterien) aus dem Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“

stärker gewichtet werden können. Damit soll sichergestellt werden, dass wichtige pflegerische Aspekte, wie zum Beispiel die Vermeidung von Druckgeschwüren (Dekubitusprophylaxe), stärker berücksichtigt werden als zum Beispiel ein gut lesbarer Speiseplan aus dem Bereich „Wohnen und Verpflegung“.

Wie gehen die Einrichtungen mit den Pflegenoten um (Qualitätswettbewerb etc.)?

Die Einrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, die Pflegenoten an einer gut sichtbaren Stelle in der Einrichtung auszuhängen. Die Einrichtungen nutzen die Pflegenoten konsequent dazu, gezielt mit ihrer Qualität zu werben und ihr Qualitätsmanagement auszubauen und zu verbessern. Diese Form von Qualitätswettbewerb gab es vorher nicht. Die Einrichtungen stehen nun vor der Situation, ihre Qualität transparent zu machen und sich damit einem unmittelbaren Vergleich zu unterziehen. Zudem hat sich gezeigt, dass die überwiegende Zahl der Einrichtungen mit schlechten Ergebnissen umgehen und möglichst schnell an den Mängeln nachbessern, um bei der nächsten Wiederholungsprüfung/Prüfung besser abzuschneiden. Einige wenige Einrichtungen (derzeit etwa zwei Prozent) beschreiten jedoch auch den Klageweg, um auf diese Weise eine Veröffentlichung zu verhindern.

Wie werden die Pflegenoten vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zur Qualitätssicherung genutzt?

Im Rahmen der Qualitätssicherung wertet der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Prüfergebnisse in Form der Pflegenoten gezielt aus und setzt die gewonnenen Erkenntnisse dazu ein, defizitäre Pflege noch schneller zu erkennen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu veranlassen. Dabei wird anhand der Pflegenoten geprüft, welche Einrichtungen in welchen Bereichen nachbessern müssen oder welchen gegebenenfalls auch mit rechtlichen Schritten gedroht werden muss.

III. Prüfungsverfahren

Wer überprüft die Qualitätsstandards in den Pflegeheimen/Pflegediensten?

Alle Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Qualität ihrer Leistungen zu fördern und zu sichern. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen, ob die Pflegeeinrichtungen die vereinbarten Qualitätsstandards einhalten. Der MDK ist unabhängig von den Pflegekassen. Seine Gutachter sind entweder Ärzte oder Pflegefachkräfte. Gesetzliche Grundlage für die Qualitätsprüfungen des MDK sind die §§ 114 ff SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz). Dort ist insbesondere geregelt, dass

- Prüfungen grundsätzlich unangemeldet stattfinden,
- der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt,

- der MDK bis Ende 2010 jeden Pflegedienst und jedes Pflegeheim einmal prüft (Regelprüfung) und diese ab 2011 jährlich geprüft werden.

Werden Prüfungen bei Pflegeheimen/Pflegediensten vorab angemeldet?

In der Vergangenheit wurden Pflegeheime in einigen Bundesländern vor der Prüfung informiert. Dies ist seit Juli 2008 nicht mehr der Fall.

Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft?

Seit dem 1.7.2008 wurden bis Mitte August 2010 etwa 11.000 Pflegeheime und Pflegedienste von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) geprüft. Bis zum 31.12.2010 muss jede der über 23.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland geprüft worden sein. Ab 2011 erfolgen die Qualitätsprüfungen mindestens einmal jährlich.

Wie lange dauert eine Prüfung (inklusive Vor- und Nachbereitung)?

Vor Ort sind die Prüfer, abhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung, zwischen ein und zwei Tagen. Rechnet man Vor- und Nachbereitung einer solchen Prüfung hinzu, kommt man auf etwa fünf Arbeitstage, gerechnet auf eine Person; tatsächlich arbeiten natürlich mehrere Mitarbeiter an der Vor- und Nachbereitung einer Prüfung.

Was heißt „gleichwertige Prüfung“?

Neben den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) können Pflegeeinrichtungen oder deren Träger auch private Anbieter mit einer externen Qualitätsprüfung beauftragen. Diese muss den Qualitätsanforderungen der MDK-Prüfung entsprechen. Handelt es sich dabei um Prüfungen, die den Qualitätsanforderungen der Pflegekassen entsprechen, können diese so genannten gleichwertigen Prüfungen die Prüfung durch den MDK inhaltlich reduzieren. Diese Möglichkeit zur Kürzung der MDK-Prüfung besteht für Teile der Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität prüft der MDK jedoch auch bei diesen Einrichtungen. Die Anforderungen an gleichwertige Prüfungen werden von den Vertragspartnern (GKV-Spitzenverband, Leistungserbringerverbände, kommunale Spitzenverbände) festgelegt. Eine wesentliche Anforderung an diese Prüfverfahren muss sein, dass auch deren Prüfergebnisse regelmäßig veröffentlicht werden, und zwar auch dann, wenn die Prüfung nicht erfolgreich oder die Ergebnisse schlecht waren.

Was passiert, wenn eine Pflegeeinrichtung schlechte Noten erhält?

Werden Mängel festgestellt, müssen diese selbstverständlich von den Pflegeeinrichtungen beseitigt werden. Bei gravierenden Mängeln erteilen die Landesverbände der Pflegekassen einen Bescheid, in dem der betroffenen Einrichtung Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel auferlegt werden. Diese

Maßnahmen sind mit einer Frist versehen. Sollte die Pflegeeinrichtung dieser Auflage nicht nachkommen, kann der jeweilige Landesverband der Pflegekassen den Versorgungsvertrag mit der Einrichtung kündigen. In schwerwiegenden Fällen ist eine Kündigung auch fristlos, unmittelbar nach einer Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), möglich.

In welchen Fällen wird eine Prüfung wiederholt?

Es gibt zwei Voraussetzungen, unter denen eine Prüfung wiederholt wird:

1. Bei der Prüfung der Pflegeeinrichtung wurden Mängel festgestellt, die innerhalb einer Frist behoben werden müssen. Um zu kontrollieren, ob die Mängel auch abgestellt wurden, erfolgt eine weitere Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).
2. Die Pflegeeinrichtung beauftragt eine Wiederholungsprüfung durch den MDK, nachdem sie Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Qualität durchgeführt hat, um ihr erstes Prüfungsergebnis zu verbessern. Durch diesen Schritt erhoffen sich die Pflegeeinrichtungen, eventuell Wettbewerbsnachteile zu vermeiden, die durch die Veröffentlichung der ersten Prüfungsergebnisse entstehen würden.

Beide Varianten der Wiederholungsprüfung sind für die Pflegeeinrichtung kostenpflichtig.

Was prüft die Heimaufsicht?

Die Heimaufsicht überprüft die Umsetzung des Heimrechtes. Dies ist nicht vergleichbar mit der Prüfung der Pflegeeinrichtung für die Erstellung der Pflegenoten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), wo es um die Kontrolle und Bewertung der Pflegequalität geht.

Bei der Überprüfung durch die Heimaufsicht wird daher unter anderem auf folgende Punkte geachtet:

- Qualitätsmanagement der Einrichtung,
- Personalausstattung einschließlich Fachkraftquote,
- Dienstplangestaltung,
- Pflegedokumentation,
- Erfüllung der Heimmindestbauverordnung,
- Optischer Eindruck: Atmosphäre, Hygiene.

Die Heimaufsicht nimmt Beschwerden und Eingaben zum Anlass, den ordnungsgemäßen Betrieb einer Einrichtung zu überprüfen. Sofern eine Einrichtung nicht bereit oder in der Lage sein sollte, Mängel in einem angemessenen Zeitraum zu beseitigen, kann die Heimaufsicht ordnungsbehördliche Anordnungen zur Mängelbeseitigung treffen.

Gibt es eine Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht?

MDK und Heimaufsicht informieren sich gegenseitig über die Ergebnisse ihrer Prüfungen.

IV. Veröffentlichungsverfahren

Was ist die DatenClearingStelle (DCS)?

Die Verbände der Pflegekassen haben – unter der Federführung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) – eine bundesweit einheitliche Datensammel- und Annahmestelle, die so genannte DatenClearingStelle (DCS) aufgebaut. Diese soll die Landesverbände der Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen bei der Bearbeitung des Transparenzverfahrens unterstützen. Die DCS überprüft die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eingereichten Transparenzdaten auf Plausibilität und Vollständigkeit, um sie anschließend per elektronischem Verfahren dem federführenden Landesverband der Pflegekassen zur Ansicht und der Pflegeeinrichtung zur Bearbeitung zu senden.

Wie ist das Verfahren der Veröffentlichung?

Die DatenClearingStelle (DCS) übermittelt die Transparenzberichte an den jeweils federführenden Landesverband der Pflegekassen. Zudem wird die jeweils betroffene Pflegeeinrichtung über das Vorliegen des vorläufigen Transparenzberichtes informiert. Die Einrichtung hat 28 Kalendertage Zeit, den vorläufigen Bericht zu prüfen und mittels fest vereinbarter Formulare den Bericht zu ergänzen beziehungsweise einen Kommentar abzugeben. Nach Ablauf der 28-Tage-Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen freigegeben und im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht. Die Pflegeeinrichtungen hängen die Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle im Pflegeheim beziehungsweise in den Räumen des Pflegedienstes aus.

Wer veröffentlicht die Pflegenoten?

Für die Veröffentlichung der Pflegenoten sind gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI die Landesverbände der Pflegekassen zuständig. Sie sollen die Leistungen der Pflegeanbieter für Pflegebedürftige und deren Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet veröffentlichen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) veröffentlicht die Pflegenoten über den vdek-Pflegelotsen (www.pflegelotse.de). Auch die Pflegeanbieter sind verpflichtet, die Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle zu veröffentlichen.

Von wie vielen Einrichtungen wurden die Pflegenoten bereits im Internet veröffentlicht?

Im vdek-Pflegelotsen finden sich derzeit die Pflegenoten von rund 8.500 (Stand: 16.8.2010) ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Warum sind nicht von allen Einrichtungen die Noten im Internet enthalten?

Erst wenn der zuständige Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Einrichtung geprüft und anschließend die Einrichtung nach Ablauf einer vereinbarten Frist von 28 Tagen den Transparenzbericht freigegeben hat, kann dieser im Internet veröffentlicht werden. Von den etwa 23.000 Einrichtungen sind bis dato etwa 10.800 Einrichtungen vom MDK geprüft worden, davon haben etwa 2.300 Einrichtungen die Pflegenoten noch nicht für die Veröffentlichung freigegeben (28-Tage-Frist) und von etwa 8.500 Einrichtungen sind die Noten im vdek-Pflegelotsen zu finden.

Gibt es Unterschiede in den Bewertungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen?

In der Vorgehensweise und der grundsätzlichen Bewertung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gibt es keine Unterschiede. In beiden Bereichen werden die Pflegeeinrichtungen nach fest vereinbarten Kriterien geprüft. Gewisse Unterschiede in den Ausprägungen der Gesamtnoten der beiden Bereiche lassen sich zum Teil darauf zurückführen, dass es sich um zwei gänzlich verschiedene Leistungsbereiche handelt. Dies zeigt sich auch darin, dass in stationären Pflegeeinrichtungen vier Qualitätsbereiche (Pflege und medizinische Versorgung, Umgang mit demenzkranken Bewohnern, soziale Betreuung und Alltagsgestaltung und Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene) und bei den ambulanten Pflegediensten nur drei Qualitätsbereiche (pflegerische Leistungen, ärztlich verordnete pflegerische Leistungen und Dienstleistung und Organisation) geprüft werden. Aktuell liegt der Durchschnitt der Pflegenoten im stationären Bereich bundesweit bei 1,9 und im ambulanten Bereich bei 2,1. Hier hat sich gezeigt, dass sich die Durchschnittsnoten mit zunehmender Zahl an Prüfungen immer weiter annähern und man davon ausgehen kann, dass es bald keine signifikanten Unterschiede mehr geben wird.

Und wie sieht es mit den Länderdurchschnitten aus?

Die Spannweite der Landesdurchschnittswerte liegt in der ambulanten Pflege zwischen den Noten 1,2 und 2,8. In der stationären Pflege reicht die Spannweite der Landesdurchschnittswerte von 1,2 bis 2,4. Für den Versicherten ist ein Vergleich der Landesdurchschnitte nicht relevant. Für ihn sollte nur der jeweilige Landesdurchschnitt von Interesse sein, um die Gesamtnote einer Einrichtung damit in Bezug setzen zu können. Bis dato wird viel über die Gründe für die Unterschiede in den Landesdurchschnitten spekuliert. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen

(MDK) hat bereits interne Qualitätsmaßnahmen ergriffen, um dafür Sorge zu tragen, dass es nicht aufgrund unterschiedlichen Prüfverhaltens in den Ländern zu den Unterschieden kommen kann.

Wo kann ich mir ein Bild von den Länderdurchschnitten machen?

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) veröffentlicht monatlich einen Newsletter der DatenClearingStelle (DCS). Der so genannte DCS–Newsletter wird auf der Homepage des vdek kostenfrei zur Verfügung gestellt (www.vdek.com).

Wie viele Einrichtungen haben vor den Sozialgerichten geklagt und wie haben die Gerichte entschieden?

Derzeit klagen bundesweit etwa 240 Einrichtungen vor den Sozialgerichten (Stand: 16.8.2010) gegen die Veröffentlichung ihrer Pflegenoten. Bei insgesamt 10.832 geprüften Einrichtungen versuchen also etwa zwei Prozent der Einrichtungen, eine Veröffentlichung auf diesem Wege zu verhindern. Die Verfahren befinden sich nahezu allesamt in der ersten Instanz im einstweiligen Rechtsschutzverfahren, es gibt bisher lediglich neun zweitinstanzliche Entscheidungen, also Entscheidungen der Landessozialgerichte (Bayern, Berlin–Brandenburg, Nordrhein–Westfalen, Sachsen–Anhalt und Schleswig–Holstein). In der zweiten Instanz wurden sieben der neun Verfahren zugunsten der Pflegekassen entschieden, die Veröffentlichung also für zulässig erklärt.

Warum gab es nicht schon vorher Pflegenoten?

Grundlage der Erstellung der Pflegenoten ist das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege–Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008. Pflegeeinrichtungen/–dienste können jedoch erst seit Juli 2009 geprüft werden. Grund hierfür war das komplizierte Abstimmungs– und Genehmigungsverfahren der Bewertungskriterien für Pflegeheime und –dienste. So mussten sich zum Beispiel der GKV–Spitzenverband und die Vertreter der Pflegeheime auf Noten und Kriterien verständigen. Zudem wurde die Prüfanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) an die neuen Kriterien angepasst. Ende Juni 2009 genehmigte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Richtlinien und die Prüfungen konnten beginnen.

Anhang

Anlage 1: Bewertungskriterien für Pflegeheime

Die Bewertung der Pflegeheime erfolgt anhand von 82 Einzelkriterien, die in einem Fragenkatalog mit fünf Kategorien aufgelistet sind.

1. Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)

- 1 – Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
- 2 – Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?
- 3 – Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?
- 4 – Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?
- 5 – Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
- 6 – Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?
- 7 – Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
- 8 – Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?
- 9 – Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
- 10 – Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- 11 – Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (zum Beispiel Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen gegebenenfalls angepasst?
- 12 – Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?
- 13 – Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?
- 14 – Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?
- 15 – Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
- 16 – Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?
- 17 – Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
- 18 – Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
- 19 – Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?
- 20 – Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
- 21 – Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
- 22 – Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz beziehungsweise mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?

- 23 – Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz beziehungsweise mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
- 24 – Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?
- 25 – Werden Sturzereignisse dokumentiert?
- 26 – Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?
- 27 – Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?
- 28 – Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?
- 29 – Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
- 30 – Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?
- 31 – Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
- 32 – Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
- 33 – Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?
- 34 – Werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
- 35 – Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?

2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern (zehn Kriterien)

- 36 – Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?
- 37 – Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?
- 38 – Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?
- 39 – Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
- 40 – Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?
- 41 – Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
- 42 – Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?
- 43 – Wird mit individuellen Orientierungshilfen, zum Beispiel Fotos, gearbeitet?
- 44 – Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, zum Beispiel zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?
- 45 – Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?

3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (zehn Kriterien)

- 46 – Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?
- 47 – Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?
- 48 – Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?
- 49 – Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
- 50 – Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?
- 51 – Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?
- 52 – Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (zum Beispiel Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach sechs Wochen)?
- 53 – Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?
- 54 – Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?
- 55 – Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?

4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (neun Kriterien)

- 56 – Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer, zum Beispiel mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung, möglich?
- 57 – Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?
- 58 – Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (zum Beispiel optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)
- 59 – Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?
- 60 – Wird Diätkost, zum Beispiel für Menschen mit Diabetes, angeboten?
- 61 – Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (zum Beispiel wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?
- 62 – Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?
- 63 – Orientieren sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner?
- 64 – Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?

5. Befragung der Bewohner (18 Kriterien)

- 65 – Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
- 66 – Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
- 67 – Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder selbst zu waschen?

- 68 – Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen zum Beispiel beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?
- 69 – Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?
- 70 – Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?
- 71 – Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
- 72 – Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
- 73 – Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?
- 74 – Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
- 75 – Schmeckt Ihnen das Essen in der Regel?
- 76 – Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?
- 77 – Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
- 78 – Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
- 79 – Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
- 80 – Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?
- 81 – Können Sie jederzeit Besuch empfangen?
- 82 – Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?
(Quelle: GKV-Spitzenverband)

Anlage 2: Bewertungskriterien für Pflegedienste

Die Bewertung der Pflegedienste erfolgt anhand von 49 Einzelkriterien, die in einem Fragenkatalog mit vier Kategorien aufgelistet sind.

1. Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)

- 1 – Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
- 2 – Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
- 3 – Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- 4 – Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
- 5 – Wird der pflegebedürftige Mensch beziehungsweise sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?
- 6 – Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
- 7 – Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
- 8 – Wird der pflegebedürftige Mensch beziehungsweise sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?
- 9 – Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
- 10 – Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- 11 – Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?
- 12 – Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung „Lagern“ eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
- 13 – Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
- 14 – Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?
- 15 – Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?
- 16 – Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?
- 17 – Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?

2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (zehn Kriterien)

- 18 – Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- 19 – Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
- 20 – Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
- 21 – Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
- 22 – Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
- 23 – Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
- 24 – Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?
- 25 – Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
- 26 – Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
- 27 – Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?

3. Dienstleistung und Organisation (zehn Kriterien)

- 28 – Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?
- 29 – Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die entstehenden Kosten erstellt?
- 30 – Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?
- 31 – Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?
- 32 – Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
- 33 – Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?
- 34 – Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?
- 35 – Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?

- 36 – Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?
- 37 – Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?

4. Befragung der Kunden (12 Kriterien)

- 38 – Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?
- 39 – Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?
- 40 – Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?
- 41 – Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
- 42 – Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
- 43 – War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?
- 44 – Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder selbst zu waschen?
- 45 – Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?
- 46 – Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?
- 47 – Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?
- 48 – Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
- 49 – Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

(Quelle: GKV-Spitzenverband)

Anlage 3: Pflegeversicherung

Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Träger der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Sie sind jeweils unter dem Dach der entsprechenden Krankenkassen angesiedelt. Privat Versicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Gesetzlich Krankenversicherte zahlen einen vom Einkommen abhängigen Beitrag an ihre Pflegekasse. Der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung beträgt 2010 bundeseinheitlich 1,95 Prozent beziehungsweise für Kinderlose (23 bis 65 Jahre) 2,2 Prozent.

Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

Bevor Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können, muss der Pflegebedürftige einen entsprechenden Antrag bei seiner Krankenkasse stellen. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) stellen den Grad der Pflegebedürftigkeit fest und empfehlen den Pflegekassen die Einordnung in eine Pflegestufe. Darüber hinaus beinhaltet das Gutachten des MDK im Rahmen des Pflegeplans auch Aussagen über notwendige Hilfsmittel und Rehabilitationsmaßnahmen.

Nach welchen Kriterien werden die Pflegestufen ermittelt?

Es gibt drei Pflegestufen, die von der Pflegebedürftigkeit der jeweiligen Person abhängig sind.

1. Pflegebedürftige der **Pflegestufe I** sind erheblich pflegebedürftig: Das bedeutet, sie benötigen mindestens einmal am Tag Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Diese Pflegeleistung umfasst im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten. Zusätzlich brauchen sie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
2. Pflegebedürftige der **Pflegestufe II** sind schwer pflegebedürftig: Das bedeutet, sie benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Diese Pflegeleistung umfasst im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden. Zusätzlich brauchen sie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
3. Pflegebedürftige der **Pflegestufe III** sind schwerstpflegebedürftig: Das bedeutet, sie benötigen täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Ob und in welchem Umfang ein Mensch pflegebedürftig ist, wird im Rahmen einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellt. Hierzu führt dieser eine Untersuchung des Pflegebedürftigen in dessen Wohnbereich durch. Welcher der drei Stufen pflegebedürftige Kinder zugeordnet werden, richtet

sich danach, wie viel zusätzliche Hilfe sie gegenüber einem gleichaltrigen gesunden Kind benötigen.

Welche Leistungen finanziert die Pflegeversicherung?

Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem Haushalt gepflegt werden (zum Beispiel bei ihren Angehörigen); sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen gepflegt werden.

Die Pflegesachleistung beträgt je Kalendermonat:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 440 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1040 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 1510 EUR

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld – dessen Umfang entsprechend – die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise, zum Beispiel durch einen Angehörigen selbst sicherstellt.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 225 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 430 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 685 EUR

Kombination von Geldleistung und Sachleistung

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm zustehenden Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson (zum Beispiel Angehöriger) wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor erstmaliger Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (zum Beispiel Pflegebetten), die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die Pflegekasse übernimmt für den Pflegebedürftigen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1 023 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1 279 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 1 510 EUR
- für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind 1 825 EUR

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege kommt in Betracht, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- in Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.510 Euro.

Teilstationäre Pflege

Die teilstationäre Pflege untergliedert sich in Tagespflege und Nachtpflege.

Teilstationäre Pflege kommt in Betracht, wenn

- häusliche Pflege nicht oder
- nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder
- dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat maximal:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 440 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1040 EUR
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 1510 EUR