



Fragen und Antworten

vdek-Pflegelotse/Pflegenoten

3. überarbeitete Fassung (Stand: 1. Januar 2015)



Inhalt

I. Allgemeines.....	4
Was ist der vdek-Pflegelotse?.....	4
Woher stammen die Daten im vdek-Pflegelotsen?	4
Wie können Daten im vdek-Pflegelotsen geändert werden?	4
Wie oft werden die Daten aktualisiert?.....	4
Wie können Bilder im vdek-Pflegelotsen hinterlegt oder geändert werden?.....	4
Was sind Transparenzberichte?	5
Was sind Pflegenoten?.....	5
Warum wird nicht zu jeder Pflegeeinrichtung ein Transparenzbericht angezeigt?..	5
Warum erscheinen die Transparenzberichte der vollstationären Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Layouts?	5
Was bedeuten die Versorgungsinformationen?	6
Was bedeutet der Grüne Haken®?.....	6
II. Pflegenoten – Bewertungssystematik	6
Was sind Pflegenoten?.....	6
Warum lehnen sich die Pflegenoten an das Schulnotensystem an?	7
Welche Vorteile bringen die Pflegenoten?	7
Was wird bei der Prüfung bewertet?.....	7
Wie werden die Bewohner ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden?.....	8
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für ambulante Pflegedienste?	9
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen?	9
Warum wird die Kundenbefragung/ Befragung der Bewohner nicht in die Gesamtnote einbezogen?	10
Wo werden die Pflegenoten veröffentlicht?	10
Wie gehen die Einrichtungen mit den Pflegenoten um (Qualitätswettbewerb etc.)?	11
Wie werden die Pflegenoten vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zur Qualitätssicherung genutzt?.....	11
III. Prüfverfahren.....	11
Wer überprüft die Qualitätsstandards in den Pflegeeinrichtungen?	11
Werden Prüfungen bei Pflegeeinrichtungen vorab angemeldet?	12
Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft?	12
Wie lange dauert eine Prüfung (inklusive Vor- und Nachbereitung)?	12
Welche Arten von Prüfungen gibt es?.....	12
Was heißt „gleichwertige Prüfung“?.....	13
Was passiert, wenn eine Pflegeeinrichtung schlechte Noten erhält?	13
Was prüft die Heimaufsicht?	13

Gibt es eine Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Heimaufsicht?	14
Beteiligt sich auch die Private Krankenversicherung an der Überprüfung?	14
IV. Veröffentlichungsverfahren	14
Was ist die DatenClearingStelle (DCS) Pflege?	14
Wie ist das Verfahren der Veröffentlichung?	15
Hat sich die Qualität der Pflege durch die regelmäßigen Qualitätsprüfungen verändert?	15
V. Modellvorhaben gem. § 125 SGB XI	16
Was ist das Ziel des Modellvorhabens gem. § 125 SGB XI?	16
Was sind Betreuungsdienste?	16
VI. Pflegeversicherung	17
Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?	17
Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?	17
Nach welchen Kriterien werden die Pflegestufen ermittelt?	17
Welche Leistungen finanziert die Pflegeversicherung?	18
VII. Kooperationspartner	22
1. Patientenbeauftragte des Bundeslandes Berlin – Senat für Gesundheit und Soziales	22
2. Heimverzeichnis gGmbH	22
Was ist das Heimverzeichnis?	22
Was bedeutet der „Grüne Haken“?	23
Welche Kriterien fließen in die Bewertung der Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität ein?	23
Was ist das Ziel der Kooperation?	23
3. Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e. V.	24
Anhang	25

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

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redakteure: Manuela–Andrea Pohl/Tobias Kurfer (Abteilung Kommunikation)/
Oliver Blatt/Stefan Wilderotter/Christiane von Bloedau (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 Suchmaschine im Internet (www.pflegelotse.de). Sie informiert stets aktuell und bundesweit über ca. 25.000 Pflegeeinrichtungen (Stand: Oktober 2014). Ziel ist es, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bei der Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung zu helfen. Gleichzeitig wird der gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen, Informationen über die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und der Qualität zu veröffentlichen.

Woher stammen die Daten im vdek-Pflegelotsen?

Die Adress-, Struktur- und Preisdaten im vdek-Pflegelotsen basieren auf den Verträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen. Diese werden von den vdek-Landesvertretungen in einer Datenbank erfasst und gepflegt.

Die Qualitätsdaten basieren auf den vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Qualitätsprüfungen. Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht festgehalten, der die Grundlage für die Erstellung der Transparenzberichte ist, die im vdek-Pflegelotsen veröffentlicht werden.

Wie können Daten im vdek-Pflegelotsen geändert werden?

Änderungen werden je nach Zuständigkeit von den Mitarbeitern des vdek vorgenommen. Leistungserbringer können sich bei Änderungswünschen an die Telefonhotline (Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 29 69, Montag bis Freitag in der Zeit von 10.00 bis 12.00 Uhr) oder über das Kontaktformular an die vdek-Zentrale wenden.

Wie oft werden die Daten aktualisiert?

Die Adress-, Struktur- und Preisdaten der Einrichtungen werden in der Regel zweimal wöchentlich aktualisiert. Zudem erfolgt täglich die Aktualisierung der neu erstellten Transparenzberichte.

Wie können Bilder im vdek-Pflegelotsen hinterlegt oder geändert werden?

Es können bis zu fünf Bilder von stationären Einrichtungen im vdek-Pflegelotsen veröffentlicht werden. Unser Projektpartner WDS.care GmbH ist für die Bereitstellung

der Bilder verantwortlich. Leistungserbringer wenden sich diesbezüglich direkt an den Dienstleister (service@wds.net).

Was sind Transparenzberichte?

Die Verbände der Pflegekassen auf Landesebene beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. mit der Durchführung der einmal jährlich stattfindenden Qualitätsprüfungen bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht festgehalten. Ein Teil des Prüfberichts wird mit dem sogenannten Transparenzbericht veröffentlicht. Ausführliche Informationen zu Transparenzberichten erhalten Sie in den Rubriken „Prüfverfahren“ und „Veröffentlichungsverfahren“.

Was sind Pflegenoten?

Pflegenoten werden bei der Erstellung der Transparenzberichte vergeben. Sie dienen dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen zur besseren Vergleichbarkeit der Pflegeeinrichtungen. Ausführliche Informationen zu Pflegenoten erhalten Sie unter der Rubrik „Pflegenoten – Bewertungssystematik“

Warum wird nicht zu jeder Pflegeeinrichtung ein Transparenzbericht angezeigt?

Transparenzberichte werden nur für Pflegeeinrichtungen der ambulanten und vollstationären Pflege erstellt. Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) erhalten keinen Transparenzbericht. Zudem gibt es neu eröffnete Pflegeeinrichtungen, die noch nicht geprüft wurden.

Warum erscheinen die Transparenzberichte der vollstationären Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Layouts?

Seit 1. Januar 2014 gibt es für vollstationäre Einrichtungen eine neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie, das heißt ab 2014 erfolgen die Prüfungen der vollstationären Einrichtungen nach einer anderen Bewertungssystematik. Dies hat zur Folge, dass die Benotungen der einzelnen Einrichtungen für einen Übergangszeitraum von mindestens einem Jahr nicht miteinander vergleichbar sind. Es ist nur noch ein Einrichtungsvergleich auf der Grundlage von Berichten mit gleicher Prüfgrundlage und Bewertungssystematik möglich. Durch das unterschiedliche Layout wurden die Berichte entsprechend gekennzeichnet. Die Transparenzberichte der Einrichtungen, die auf der Grundlage der bis zum 31. Dezember 2013 gültigen alten Transparenzvereinbarung geprüft wurden, sind grün und die Transparenzberichte der Einrichtungen, die auf der Grundlage der seit

dem 1. Januar 2014 geltenden neuen Transparenzvereinbarung, sind blau hinterlegt.

Was bedeuten die Versorgungsinformationen?

Vollstationäre Einrichtungen müssen seit 2014 die Pflegekassen darüber informieren, wie sowohl die medizinische als auch die Versorgung mit Arzneimitteln in den Einrichtungen geregelt ist. Diese Informationen werden dann für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich aufbereitet und im Pflegelotsen veröffentlicht. Auch die Pflegeeinrichtungen müssen diese Informationen an sichtbarer Stelle in der Einrichtung platzieren.

Was bedeutet der Grüne Haken®?

Der Grüne Haken® ist das Siegel für Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Betreuung, das nach Prüfung durch die Heimverzeichnis gGmbH vergeben wird. Die Prüfung der Kriterien wird durch über hundert speziell geschulte ehrenamtliche und unabhängige Gutachter vorgenommen. Die Begutachtungen erfolgen konsequent aus Verbrauchersicht.

Nur Einrichtungen, die sich freiwillig für die Begutachtung gemeldet haben und diese Kriterien umfassend erfüllen, erhalten für zwölf Monate das Siegel. Die Prüfung ist für die Einrichtungen kostenpflichtig.

Derzeit findet im vdek-Pflegelotsen eine Veröffentlichung des Grünen Hakens® sowohl bei vollstationären Einrichtungen als auch bei Einrichtungen mit Pflegegeschwerpunkten statt. Es kann aus dem Fehlen des Grünen Hakens® jedoch nicht geschlossen werden, dass eine Pflegeeinrichtung nicht verbraucherfreundlich ist.

II. Pflegenoten – Bewertungssystematik

Was sind Pflegenoten?

Um sich umfassend und objektiv über die Qualität der pflegerischen Leistungen eines Pflegedienstes beziehungsweise einer Pflegeeinrichtung zu informieren, benötigen Interessierte die relevanten Prüfungsergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. 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 sogenannten 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 sogenanntes „Ampelsystem“ denkbar gewesen. Durchgesetzt hat sich jedoch die sogenannte „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 Pflegenoten können Pflegebedürftige oder deren Angehörige sich anhand einer Gesamtnote und drei (ambulant) beziehungsweise vier (stationär) Bereichsnoten über die Qualität von Pflegeeinrichtungen informieren. Damit wird eine Vergleichbarkeit hergestellt, die durch unabhängige Prüfer ermittelt wird.

Was wird bei der Prüfung bewertet?

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. werden inhaltlich in verschiedene Bereiche eingeteilt. Jeder Bereich wird mit einer Teilnote bewertet.

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).

In stationären Pflegeeinrichtungen wird der Fokus auf vier Teilgebiete gelegt:

1. Pflege und medizinische Versorgung,
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern,
3. soziale Betreuung und Alltagsgestaltung,
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Kundenbefragung bei ambulanten Pflegediensten beziehungsweise durch eine

Befragung der Bewohner der Pflegeeinrichtung. Die Noten hierfür werden jeweils separat ausgewiesen und gehen nicht in die Durchschnittsberechnung der Gesamtnote einer Pflegeeinrichtung ein.

In Einrichtungen der teilstationären Pflege (Tages-/Nachtpflege) finden zwar Qualitätsprüfungen statt, da jedoch für diese Einrichtungen keine Transparenzvereinbarung besteht, werden keine Transparenzberichte erstellt und veröffentlicht.

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

Ambulante Pflegeeinrichtungen:

Die Auswahl der Pflegebedürftigen, die in die Prüfung einbezogen werden, erfolgt nach einem Zufallsprinzip. Die Stichprobe wird 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.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen:

Zu Beginn des Jahres 2014 hat sich die Rechtsgrundlage für die Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen geändert. Für die Prüfberichte lag somit bis Ende des Jahres 2013 eine andere Prüfgrundlage vor wie ab dem 1.1.2014.

Auswahl der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage ab 1.1.2014 (Transparenzbericht mit blauem Banner):

In der zu prüfenden stationären Pflegeeinrichtung werden jeweils drei Bewohner aus jeder der drei Pflegestufen zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen. Sofern nicht aus jeder Pflegestufe drei Bewohner in die Prüfung einbezogen werden können, werden die fehlenden Werte anhand der Mittelwerte der vorhandenen Daten errechnet.

Durch das erste Pflegestärkungsgesetz werden ab 2015 die Stichproben auf Personen erstreckt, bei denen durch die Prüfinstitution im Rahmen einer Qualitätsprüfung konkrete und gesicherte Anhaltspunkte (z. B. begründete Beschwerden oder Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen festgestellt werden. Die Qualitätsprüfung wird dann als sogenannte Anlassprüfung gewertet.

Auswahl der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage bis zum 31.12.2013 (Transparenzbericht mit grünem Banner):

Die Bewohner der Pflegeeinrichtungen werden vor Ort nach einem Zufallsprinzip durch das Prüfteam ausgewählt. Die Stichprobe wird 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.

Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für ambulante Pflegedienste?

Die Prüfung ambulanter Pflegeeinrichtungen erfolgt 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	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 Kundenbefragung (12 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein. Sie wird separat als Bereichsergebnis ausgewiesen. Um die Gesamtnote einordnen zu können, wird ein Landesdurchschnitt aller Anbieter in dem Bundesland ermittelt.

Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen?

Da sich zu Beginn des Jahres 2014 die Rechtsgrundlage für die Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen geändert hat, richtet sich die Berechnung der Pflegenoten bei vollstationären Pflegeeinrichtungen nach der jeweiligen Prüfgrundlage.

Berechnung der Pflegenoten in stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage ab 1.1.2014 (Transparenzbericht mit blauem Banner):

Die Prüfung der Pflegeheime erfolgt anhand von 77 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	Note	Skalenwert
Sehr gut	1,0 - 1,4	9,31 - 10,00
Gut	1,5 - 2,4	7,91 - 9,30
Befriedigend	2,5 - 3,4	6,51 - 7,90
Ausreichend	3,5 - 4,4	5,11 - 6,50
Mangelhaft	4,5 - 5,0	0,00 - 5,10

Berechnung der Pflegenoten in stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage bis zum 31.12.2013 (Transparenzbericht mit grünem Banner): Die Prüfung der stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt anhand von 82 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	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 (18 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein. Sie wird separat als Bereichsergebnis ausgewiesen. Um die Gesamtnote einordnen zu können, wird ein Landesdurchschnitt aller Anbieter in dem Bundesland ermittelt.

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

Mit der Befragung der Kunden von Pflegediensten und Heimbewohner 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)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., deren Fokus verstärkt auf medizinisch-pflegerischen Aspekten liegt. Es ist methodisch sinnvoll, die fachliche Beurteilung von der subjektiven Beurteilung deutlich zu trennen.

Wo werden die Pflegenoten veröffentlicht?

Das Ersatzkassensystem nutzt als einheitliche Plattform zur Veröffentlichung der Pflegenoten das Internetportal www.pflegelotse.de sowie auf den Internetportalen

der Mitgliedskassen die kassenspezifischen Lotsen. Hier werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen seit 2009 veröffentlicht.

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. 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 Prüfung besser abzuschneiden. Einige wenige Einrichtungen 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. Prüfverfahren

Wer überprüft die Qualitätsstandards in den Pflegeeinrichtungen?

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. prüft im Auftrag der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen vor Ort, ob die Pflegeeinrichtungen die vereinbarten Qualitätsstandards einhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sind unabhängige Institutionen. Ihre Gutachter sind entweder Ärzte oder Pflegefachkräfte. Gesetzliche Grundlage für die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sind die §§ 114 ff SGB XI (Soziale Pflegeversicherung).

Die Qualitätsprüfungen werden aufgrund der Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt. Für die Veröffentlichung der Ergebnisse der

Qualitätsprüfungen (= Transparenzberichte) sind die Pflege-
Transparenzvereinbarung ambulant und stationär maßgeblich.

Werden Prüfungen bei Pflegeeinrichtungen vorab angemeldet?

Prüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind aus organisatorischen Gründen am Tag vor der Prüfung anzukündigen. Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.

Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft?

Pflegeeinrichtungen werden grundsätzlich mindestens einmal jährlich geprüft.

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.

Welche Arten von Prüfungen gibt es?

Regelprüfung

Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Die Regelprüfung bezieht sich insbesondere auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen.

Anlassprüfungen

Anlassprüfungen liegt ein besonderer Anlass zugrunde. Anlässe können Beschwerden von Pflegebedürftigen oder Angehörigen sein. Betroffene Pflegebedürftige sind in die Prüfung einzubeziehen. Auch bei Anlassprüfungen erfolgt eine vollständige Prüfung der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Diese werden von den Verbänden der Pflegekassen auf Landesebene veranlasst.

Wiederholungsprüfungen

Wiederholungsprüfungen können veranlasst werden, um zu überprüfen, ob bei zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfungen festgestellte Qualitätsmängel beseitigt worden sind.

Es gibt zwei Möglichkeiten, 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)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.
2. Die Pflegeeinrichtung beauftragt eine Wiederholungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., nachdem sie Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Qualität durchgeführt hat, um ihr erstes Prüfungsergebnis zu verbessern.

Beide Varianten der Wiederholungsprüfung sind für die Pflegeeinrichtung kostenpflichtig.

Was heißt „gleichwertige Prüfung“?

Neben den Prüfungen des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können Pflegeeinrichtungen oder deren Träger auch private Anbieter mit einer externen Qualitätsprüfung beauftragen. Diese muss den Qualitätsanforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien entsprechen. Die Anforderungen an gleichwertige Prüfungen werden von den Landesverbänden der Pflegekassen und dem GKV-Spitzenverband 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 Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., möglich.

Was prüft die Heimaufsicht?

Die Heimaufsicht überprüft die Umsetzung des Heimrechtes. Maßgeblich dafür sind die heimrechtlichen Vorschriften, die die einzelnen Bundesländer hierzu erlassen haben. Diese Prüfungen sind nicht vergleichbar mit der Prüfung der

Pflegeeinrichtung für die Erstellung der Pflegenoten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., 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 Pflegeeinrichtung zu überprüfen. Sofern eine Pflegeeinrichtung nicht bereit oder in der Lage sein sollte, Mängel in einem angemessenen Zeitraum zu beseitigen, kann die Heimaufsicht ordnungsbehördliche Anordnungen zur Mängelbeseitigung treffen. In gravierenden Fällen kann die Pflegeeinrichtung geschlossen werden.

Gibt es eine Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Heimaufsicht?

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die Heimaufsicht sind gesetzlich verpflichtet eng zusammenzuarbeiten. Je nach Bundesland absolvieren sie gemeinsame Prüfungen und informieren sich gegenseitig über die Ergebnisse ihrer Prüfungen.

Beteiligt sich auch die Private Krankenversicherung an der Überprüfung?

Seit 2011 beteiligt sich die Private Krankenversicherung bei zehn Prozent der jährlich stattfindenden Prüfungen der Pflegeeinrichtungen. Die Prüfungen werden vom Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt. Für diesen gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

IV. Veröffentlichungsverfahren

Was ist die DatenClearingStelle (DCS) Pflege?

Die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene haben – unter der Federführung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) – eine bundesweit einheitliche

Datensammel- und Annahmestelle, die sogenannte DatenClearingStelle (DCS) Pflege aufgebaut. Diese prüft die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. eingereichten Transparenzdaten auf Plausibilität und Vollständigkeit, um sie anschließend per elektronischem Verfahren dem federführenden Landesverband der Pflegekassen zur Ansicht und der Pflegeeinrichtung zur Bearbeitung zur Verfügung zu stellen.

Wie ist das Verfahren der Veröffentlichung?

Die DatenClearingStelle (DCS) Pflege 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 zu kommentieren. Nach Ablauf der 28-Tage-Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen freigegeben und auf den Veröffentlichungsplattformen im Internet veröffentlicht. Nach Eingabe der Kommentare kann die Frist vorzeitig beendet werden, um eine schnellere Veröffentlichung zu erreichen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) veröffentlicht die Transparenzberichte über den vdek-Pflegelotsen (www.pflegelotse.de). Zudem sind die Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, die Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle im Pflegeheim beziehungsweise in den Räumen des Pflegedienstes auszuhängen.

Hat sich die Qualität der Pflege durch die regelmäßigen Qualitätsprüfungen verändert?

Seit dem Beginn der regelmäßigen Qualitätsprüfungen in allen Pflegeeinrichtungen hat sich die Qualität der Pflege verbessert. Konkrete Beispiele für eine verbesserte Versorgung sind die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung sowie der Umgang mit Menschen mit Demenz. Es gibt jedoch nach wie vor Steigerungspotenzial. Bei der Prophylaxe von Druckgeschwüren (Dekubitus) oder beim Schmerzmanagement besteht weiterhin Optimierungsbedarf. Festzuhalten ist, dass durch die regelmäßigen Qualitätsprüfungen und die Transparenz der Pflegequalität zusätzliche Impulse für die Entwicklung der Pflegequalität gesetzt wurden.

Zudem bewirken die regelmäßigen Qualitätsprüfungen und die anschließende Veröffentlichung der Ergebnisse, dass sich die Politik, Medien und nicht zuletzt die Einrichtungen regelmäßig und bewusst mit dem Thema Qualität auseinandersetzen. Ein solch transparenter Qualitätsdialog ist positiv zu sehen und bewirkt im Ergebnis auch tatsächliche Qualitätsverbesserungen.

V. Modellvorhaben gem. § 125 SGB XI

Was ist das Ziel des Modellvorhabens gem. § 125 SGB XI?

Durch das Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI soll die Wirkung des Einsatzes von sogenannten Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen untersucht werden. Ziel des Modellvorhabens ist, zu prüfen wie und ob die Versorgung von Pflegebedürftigen auf eine breitere fachliche und damit auch personell breitere Basis gestellt werden kann.

Die teilnehmenden Betreuungsdienste wurden vor dem Projektstart durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ausgewählt. Da für die Betreuungsdienste jeweils ein regional begrenzter Einzugsbereich festgelegt ist, kann aufgrund der geringen Anzahl von Betreuungsdiensten im Rahmen des Modellvorhabens zunächst keine bundesweit flächendeckende Versorgung gewährleistet werden.

Das Modellvorhaben ist im zweiten Halbjahr 2014 gestartet. Die Betreuungsdienste, die an dem Modellvorhaben teilnehmen, erhalten für die Dauer von maximal fünf Jahren eine Zulassung.

Was sind Betreuungsdienste?

Betreuungsdienste erbringen keine Leistungen der Grundpflege, sondern Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für den Pflegebedürftigen sichergestellt sind. Der Schwerpunkt der Betreuungsdienste liegt in der Versorgung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen.

Im Unterschied zu ambulanten Pflegediensten können bei Betreuungsdiensten an Stelle von Pflegefachkräften auch qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, als verantwortliche Kräfte anerkannt werden. Dies können unter anderem Altentherapeuten und Altentherapeutinnen, Heilerzieher und Heilerzieherinnen oder Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sein.

VI. Pflegeversicherung

Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung mit dem Ziel der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Sie sind jeweils unter dem Dach der entsprechenden Krankenkassen angesiedelt. Gesetzlich Krankenversicherte zahlen einen vom Einkommen abhängigen Beitrag an ihre Pflegekasse. Privat Versicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

Bevor Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können, muss der Pflegebedürftige einen entsprechenden Antrag bei seiner Pflegekasse stellen. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (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, in die die Pflegebedürftigkeiten eingeordnet werden können. Entscheidend ist hierbei der Grad der Pflegebedürftigkeit.

1. Pflegebedürftige der **Pflegestufe I** sind erheblich pflegebedürftig, wenn sie mindestens einmal am Tag Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität (Grundpflege) benötigen. Die Grundpflege umfasst im Tagesdurchschnitt mindestens 45 Minuten. Zusätzlich brauchen sie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (im Tagesdurchschnitt mindestens 45 Minuten).
2. Pflegebedürftige der **Pflegestufe II** sind schwer pflegebedürftig, wenn sie mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität (Grundpflege) benötigen. Die Grundpflege umfasst im Tagesdurchschnitt mindestens zwei Stunden. Zusätzlich brauchen sie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (im Tagesdurchschnitt mindestens eine Stunde).
3. Pflegebedürftige der **Pflegestufe III** sind schwerstpflegebedürftig, wenn sie täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität (Grundpflege) benötigen. Die Grundpflege umfasst im Tagesdurchschnitt mindestens vier Stunden. Zusätzlich brauchen sie mehrfach in

der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (im Tagesdurchschnitt mindestens eine Stunde).

Die Begutachtung des Pflegebedürftigen wird in dessen Wohnbereich durchgeführt. Welcher der drei Stufen pflegebedürftige Kinder zugeordnet werden, richtet sich danach, wie viel zusätzliche Hilfe sie gegenüber einem gleichaltrigen gesunden Kind benötigen.

Darüber hinaus wird im Rahmen der Begutachtung auch festgestellt, ob unabhängig von der Pflegestufe eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorliegt.

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: 468 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II: 1.144 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III: 1.612 Euro
- für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind: 1.995 Euro

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: 244 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II: 458 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III: 728 Euro

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 und bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor erstmaliger Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Pflegehilfsmittel

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.

Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI

Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (z. B. Menschen mit demenziellen oder psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen) in der Pflegestufe I und II haben Anspruch auf höhere Leistungsbeträge bei der Pflegesachleistung (Pflegestufe I: 689 Euro, Pflegestufe II: 1298 Euro), dem Pflegegeld (Pflegestufe I: 316 Euro, Pflegestufe II: 545 Euro) oder der Kombinationsleistung.

Auch Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe haben Anspruch auf die vorgenannten Leistungen (Pflegegeld: 123 Euro/Monat, Pflegesachleistungen: 231 Euro/Monat). Darüber hinaus können Leistungen der Verhinderungspflege, der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, können zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen. Diese zielen auf die Entlastung der/des pflegenden Angehörigen/Lebenspartners bzw. der Pflegeperson ab.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:

- für Versicherte mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie

Versicherte der Pflegestufe I bis III:

104 Euro

- für Versicherte, bei denen ein im erhöhten Maße erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde: 208 Euro

Häusliche Betreuung

Sofern die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, kann der Versicherte im Rahmen seines Anspruches auf Pflegesachleistungen (gilt auch für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe) auch häusliche Betreuung in Anspruch nehmen. Unter häuslicher Betreuung versteht man pflegerische Betreuungsmaßnahmen für Pflegebedürftige, die die Unterstützung und Hilfen in ihrem häuslichen Umfeld oder seiner Familie umfassen (z. B. bei Aktivitäten zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Gestaltung des häuslichen Alltags und bedürfnisgerechter Beschäftigungen).

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 ohne Pflegestufe
mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz: 231 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I: 468 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz: 689 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II: 1.144 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz: 1.298 Euro
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III: 1.612 Euro

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 1.612 Euro.

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: | 1.064 Euro |
| • für Pflegebedürftige der Pflegestufe II: | 1.330 Euro |
| • für Pflegebedürftige der Pflegestufe III: | 1.612 Euro |
| • für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind: | 1.995 Euro |

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand nach § 87b SGB XI

Für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Bewohnern stationärer oder teilstationärer Pflegeeinrichtungen erhalten die Einrichtungen, sofern sie entsprechend geschultes Personal vorhalten, zusätzliche Zahlungen der Pflegekasse. Alle pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Pflegegäste sowie die Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung aufweisen – auch wenn er nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht – , haben einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung gegenüber der Einrichtung.

VII. Kooperationspartner

1. Patientenbeauftragte des Bundeslandes Berlin – Senat für Gesundheit und Soziales

Bereits im Jahr 2006 wurde auf Bundesebene ein Diskussionsprozess über eine gesetzliche Regelung zu mehr Transparenz in Pflegeeinrichtungen von Berlin angestoßen, um Daten über Pflegeheime, wie der MDK sie erhebt, der Öffentlichkeit in verständlicher Form und auf einfache Weise zugänglich machen zu können. Die "Transparenzoffensive Berlin" ist im Zuge dieses Prozesses und im Vorfeld der Regelungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes in Berlin initiiert worden. Durch Inkrafttreten der bundeseinheitlichen Regelungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes, insbesondere des § 115 Abs. 1a SGB XI, ist der Forderung nach Transparenz Rechnung getragen worden. Darin heißt es unter anderem, dass die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)/Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen sind

Auf der Internetplattform "Pflegelotse Berlin", einem Kooperationsprojekt des Landes Berlin mit dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), werden für den vollstationären Pflegebereich neben Informationen wie Anschrift und Größe der Einrichtung, Kosten der Unterbringung nun auch die Prüfergebnisse des MDK und qualifizierte Verbraucherinformationen der Häuser angezeigt.

Diese Verbraucherinformationen werden durch die Einrichtungen im Rahmen freiwilliger Selbstauskünfte zur Verfügung gestellt. Die Inhalte sind in Anlehnung an den Fragebogen der "Berliner Transparenzoffensive" entwickelt worden. Berliner Pflegeeinrichtungen können so interessierten Bürgerinnen und Bürgern zentrale Aussagen über ihre Häuser, ihr besonderes Profil sowie besondere Kompetenzen oder Vorzüge aufzeigen. Damit haben vor allem Personen und deren Angehörige auf der Suche nach einer geeigneten Einrichtung einen Überblick über das Angebot auf dem Pflegemarkt und damit eine verbraucherinnen- und verbraucherfreundliche Entscheidungsgrundlage.

2. Heimverzeichnis gGmbH

Was ist das Heimverzeichnis?

Im Heimverzeichnis sind alle bundesweiten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erfasst (www.heimverzeichnis.de). Mehr als 3.000 Häuser bieten auf

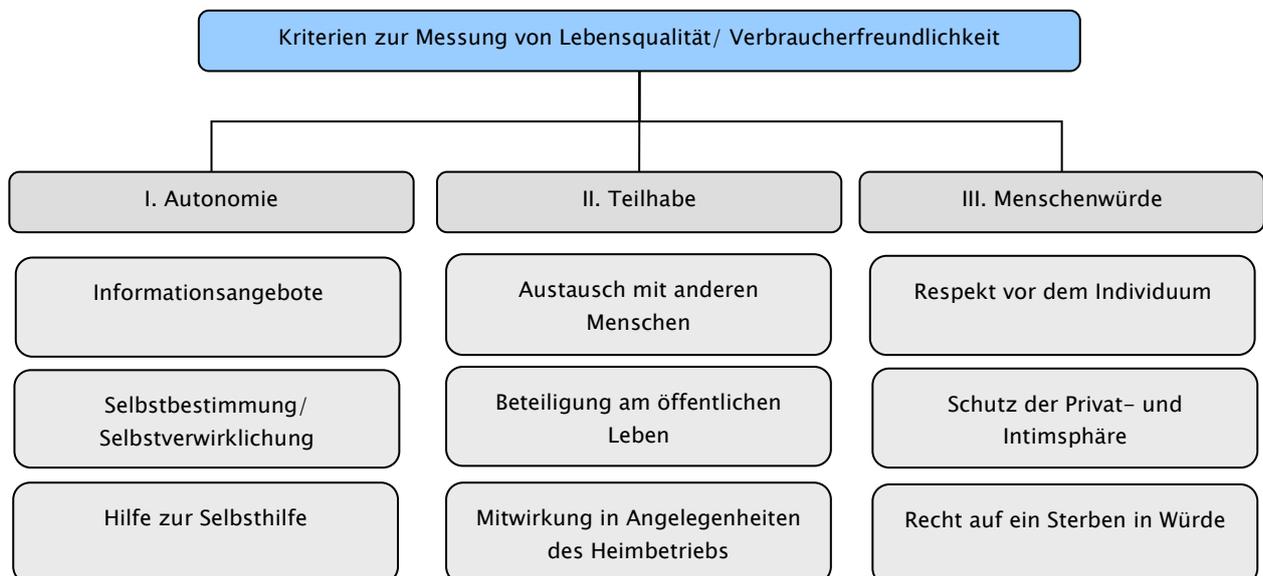
der Website umfassende Informationen zu ihren Angeboten. Etwa die Hälfte dieser Einrichtungen konnte bisher mit dem Grünen Haken ausgezeichnet werden.

Was bedeutet der „Grüne Haken“?

Der Grüne Haken ist das Siegel für Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Betreuung, welches nach Prüfung durch das Heimverzeichnis vergeben wird. Die Prüfung der Kriterien wird durch geschulte ehrenamtliche Gutachter vorgenommen. Die Anmeldung zur Prüfung nehmen die Einrichtungen selbst auf freiwilliger Basis vor. Bisher haben sich etwa 20 Prozent aller Heime prüfen lassen. Aus einem Fehlen des „Grünen Hakens“ kann nicht geschlossen werden, dass ein Heim nicht verbraucherfreundlich ist.

Welche Kriterien fließen in die Bewertung der Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität ein?

Die Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität werden anhand der drei Dimensionen Autonomie, Teilhabe und Menschenwürde geprüft. Dazu sind in einem standardisierten Fragebogen zu jeden der drei Hauptbereiche Unterkriterien definiert worden. Das begutachtete Heim muss in jedem Hauptbericht mindestens 80 % der Kriterien erfüllen, um den „Grünen Haken“ zu erhalten.



Was ist das Ziel der Kooperation?

Die Kooperation von Pflegelotse und Heimverzeichnis verknüpft die Informationsschwerpunkte beider Portale. Der Pflegelotse informiert in erster Linie

über die Qualität und Preise von stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten, während das Heimverzeichnis die Lebensqualität und Verbraucherfreundlichkeit der stationären Einrichtungen in Form des Grünen Hakens darstellt.

Das gemeinsame Ziel der Kooperationspartner ist die Weiterentwicklung und Vernetzung beider Portale im Sinne der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger.

3. Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e. V.

Die Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V. ist ein unabhängiger Selbsthilfeverband, der sich für die Stärkung der Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner aller Heimarten und Wohnformen einsetzt (www.biva.de). Sie kämpft erfolgreich für Menschenwürde und Selbstbestimmtheit im Alter und bei Behinderung. Die BIVA ist unabhängig und gemeinnützig.

Ein wichtiges Einzelprojekt der BIVA war das Online-Portal www.heimverzeichnis.de, das 2009 ans Netz ging. Im Heimverzeichnis sind alle bundesweiten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erfasst. Mehr als 3.000 Häuser bieten auf der Website umfassende Informationen zu ihren Angeboten. Etwa die Hälfte dieser Einrichtungen konnte bisher mit dem Grünen Haken ausgezeichnet werden, dem Symbol für Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität. Das Siegel wurde bis 2012 von der BIVA verliehen, solange das Projekt vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz finanziell gefördert wurde. Seit Mai 2012 steht das Heimverzeichnis als gemeinnützige GmbH rechtlich und wirtschaftlich auf eigenen Füßen. Die BIVA hat auf die Qualität der Daten und die Zertifizierung mit dem Grünen Haken keinen Einfluss mehr.

Anhang

Anlage 1: Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage „Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)“ (Gültigkeit bis 31.12.2013)

Die Bewertung der stationären Pflegeeinrichtungen 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 die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage „Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)“ (Gültigkeit ab 1.1.2014)

Die Bewertung der stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt anhand von 77 Einzelkriterien, die in einem Fragekatalog mit fünf Kategorien aufgelistet sind.

1. Pflege und medizinische Versorgung (32 Kriterien)

- 1 – Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?
- 2 – Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
- 3 – Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?
- 4 – Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?
- 5 – Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- 6 – Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?
- 7 – Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?
- 8 – Werden bei Einschränkung der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?
- 9 – Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
- 10 – Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?
- 11 – Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
- 12 – Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
- 13 – Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
- 14 – Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
- 15 – Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?
- 16 – Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?
- 17 – Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
- 18 – Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?
- 19 – Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

- 20 – Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?
- 21 – Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
- 22 – Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
- 23 – Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen der ärztlichen Anordnung?
- 24 – Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?
- 25 – Entspricht die Bedarfsmedikation den ärztlichen Anordnungen?
- 26 – Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?
- 27 – Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
- 28 – Wird bei Bewohnern mit Ernährungs sonden der Geschmackssinn angeregt?
- 29 – Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
- 30 – Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
- 31 – Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?
- 32 – Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?

2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern (9 Kriterien)

- 33 – Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?
- 34 – Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?
- 35 – Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?
- 36 – Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
- 37 – Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
- 38 – Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?
- 39 – Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?
- 40 – Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?
- 41 – Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?

3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (9 Kriterien)

- 42 – Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?

- 43 – Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?
- 44 – Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
- 45 – Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?
- 46 – Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?
- 47 – Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?
- 48 – Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?
- 49 – Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?
- 50 – Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)

- 51 – Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit Eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?
- 52 – Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?
- 53 – Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?
- 54 – Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?
- 55 – Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?
- 56 – Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?
- 57 – Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplanes bekannt gegeben?
- 58 – Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?
- 59 – Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?

5. Befragung der Bewohner (18 Kriterien)

- 60 – Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
- 61 – Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
- 62 – Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
- 63 – Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?

- 64 – Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?
- 65 – Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?
- 66 – Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
- 67 – Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
- 68 – Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?
- 69 – Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
- 70 – Schmeckt Ihnen das Essen?
- 71 – Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?
- 72 – Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
- 73 – Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
- 74 – Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
- 75 – Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?
- 76 – Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann sie wollen?
- 77 – Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

Anlage 3: Bewertungskriterien für ambulante Pflegedienste

Die Bewertung der ambulanten 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)