



Fragen und Antworten  
**vdek-Pflegelotse/Pflegenoten**

6. überarbeitete Fassung (Stand: 19.04.2023)



## Inhalt

vdek-Pflegelotse/Pflegenoten .....	1
Die Pflegeversicherung.....	4
Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung? .....	4
Wer erhält Leistungen der Pflegeversicherung? .....	4
Wer ist pflegebedürftig?.....	5
Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad? .....	5
Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt (Antragstellung)? .....	6
Beschwerdestelle .....	7
Leistungen der Pflegeversicherung .....	7
Wovon ist der Anspruch auf Leistungen abhängig? .....	7
Häusliche Pflege .....	8
Angebote zur Unterstützung im Alltag (Hilfe im Haushalt, Einzelbetreuung oder in Gruppen).....	9
Digitale Pflegeanwendungen .....	10
Entlastungsbetrag .....	10
Pflegeberatung.....	11
Pflegehilfsmittel.....	11
Pflegeunterstützungsgeld für kurzzeitige Arbeitsverhinderung .....	12
Soziale Absicherung der Pflegeperson.....	13
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.....	13
Wohngruppenzuschlag.....	13
Teilstationäre Pflege (Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege).....	14
Vollstationäre Pflege .....	15
Außerklinische Intensivpflege (Krankenversicherung) .....	16
Kurzzeitpflege für Menschen ohne oder mit Pflegegrad 1 (Krankenversicherung) .....	16
Allgemeine Fragen zum Pflegelotsen .....	16
Was ist der Pflegelotse?.....	16
Wie erfolgt die Aufnahme in den Pflegelotsen?.....	17
Wie können Daten im Pflegelotsen geändert werden? .....	17

Wie können Bilder im Pflegelotsen hinterlegt oder geändert werden? .....	18
Technische Probleme? .....	18
Woher stammen die Daten im Pflegelotsen? .....	19
Wie oft werden die Daten aktualisiert? .....	19
Wie erfolgt die Veröffentlichung der Prüf- und Transparenzberichte? .....	19
Was ist die DatenClearingStelle (DCS) Pflege? .....	19
Was bedeutet der Grüne Haken? .....	20
<b>Qualitätsprüfungen</b> .....	20
Wer überprüft die Qualität in den Pflegeeinrichtungen? .....	20
Werden Prüfungen bei Pflegeeinrichtungen vorab gemeldet? .....	20
Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft? .....	21
Wie lange dauert eine Prüfung? .....	21
Wie erfolgt die Auswahl der Stichprobe? .....	21
Welche Arten von Prüfungen gibt es? .....	21
<b>Qualitätsinformationen ambulant</b> .....	22
Neue Bewertungssystematik ab Mitte 2022 .....	22
Was sind Transparenzberichte für ambulante Pflegeeinrichtungen? .....	22
Warum wird nicht zu jeder Einrichtung ein Transparenzbericht angezeigt? .....	23
Was sind Pflegenoten? .....	23
Welche Vorteile bringen die Pflegenoten? .....	23
Was wird bei der Prüfung bewertet? .....	23
Wie werden Bewohner ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden? .....	24
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für ambulante Pflegedienste? .....	24
Warum wird die Befragung der Bewohner nicht in die Gesamtnote einbezogen? ...	24
Wo werden die Pflegenoten veröffentlicht? .....	25
<b>Qualitätsinformationen stationär</b> .....	25
Was beinhaltet die Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS)? .....	25
Was sind Indikatoren/Ergebnisindikatoren? .....	26
Ist eine Überarbeitung für die ambulante Qualitätsdarstellung geplant? .....	26
<b>Qualitätsinformationen Tagespflege</b> .....	26

<b>Was beinhaltet die Qualitätsdarstellungsvereinbarung Tagespflege (QDVTP)?.....</b>	<b>26</b>
<b>Wie werden die einzelnen Qualitätsaspekte bewertet? .....</b>	<b>27</b>
<b>Wann werden die ersten Daten veröffentlicht.....</b>	<b>27</b>

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

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redakteure: Matthias Wannhoff (Abteilung Kommunikation) /  
Oliver Blatt/Stefan Wilderotter/Dagmar Schramm (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](mailto:presse@vdek.com)

Fragen & Antworten

## **Die Pflegeversicherung**

### **Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?**

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung, die eine mögliche zukünftige Pflegebedürftigkeit sozial absichern soll. Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Sie sind jeweils unter dem Dach der entsprechenden Krankenkassen angesiedelt. Gesetzlich Krankenversicherte zahlen einen Beitrag an ihre Pflegekasse, der vom Einkommen abhängig ist. Privat Versicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

### **Wer erhält Leistungen der Pflegeversicherung?**

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) sind. Vor der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung müssen Versicherte einen Antrag bei ihrer Pflegekasse stellen.

## **Wer ist pflegebedürftig?**

Pflegebedürftig sind Menschen, die körperliche, kognitive bzw. psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren bzw. bewältigen können und deshalb der Hilfe anderer bedürfen.

Pflegebedürftigkeit wird also nicht daran gemessen, wie schwer jemand erkrankt oder beeinträchtigt ist. Ausschlaggebend ist vielmehr, wie stark die Betroffenen in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt sind. Im Mittelpunkt stehen folgende Fragen:

- Wie selbständig ist der Mensch bei der Bewältigung seines Alltags?
- Welche Aktivitäten können eigenständig durchgeführt werden?
- Bei welchen Aktivitäten wird die Unterstützung anderer Personen benötigt?

Im Gesetz sind sechs Bereiche (auch Module genannt) definiert, die für die Bewältigung des täglichen Lebens wesentlich sind. Dies sind:

1. Mobilität,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung,
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung wird festgestellt, ob in diesen sechs Bereichen eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegt und wie stark diese ausgeprägt ist.

Die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten muss außerdem „auf Dauer“ bestehen, also voraussichtlich für mindestens sechs Monate.

Je nach Schwere der Beeinträchtigungen werden pflegebedürftige Menschen einem von fünf Pflegegraden zugeordnet.

## **Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?**

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den sechs o. g. Lebensbereichen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt. Zu jedem Bereich werden im Rahmen der Begutachtung mehrere Einzelkriterien betrachtet. Für jedes Einzelkriterium werden Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist. Je schwerwiegender die Beeinträchtigung ist, desto höher ist die vergebene Punktzahl. Die innerhalb eines

Bereiches für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Denn entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein, beispielsweise der Bereich „Selbstversorgung“ mit 40 Prozent oder der Bereich „Mobilität“ mit 10 Prozent. Die gewichteten Punkte der Module werden dann zu einem Gesamtpunktwert addiert. Aus dem Gesamtpunktwert wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und der Pflegegrad abgeleitet. Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Bereiche 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) in die Berechnung eingehen, sondern nur der höchste der beiden gewichteten Punktwerte.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

- Pflegegrad 1: 12,5 bis unter 27 Punkte (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten),
- Pflegegrad 2: 27 bis unter 47,5 Punkte (erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten),
- Pflegegrad 3: 47,5 bis unter 70 Punkte (schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten),
- Pflegegrad 4: 70 bis unter 90 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten),
- Pflegegrad 5: 90 bis 100 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung).

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft. Pflegebedürftige, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese sogenannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen vor.

### **Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt (Antragstellung)?**

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse gehört zur Krankenkasse. Wird ein Pflegeantrag gestellt, lassen alle Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst (MD) oder durch einen anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad

vorliegt. Dies geschieht in der Regel durch einen zuvor angemeldeten Hausbesuch einer Pflegefachkraft oder eines Arztes.

Der Gutachter stellt bei seinem Besuch die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den sechs oben vorgestellten Bereichen fest. Die notwendigen Informationen erhält der Gutachter durch das Gespräch mit der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller und seinen Pflegepersonen sowie durch die Auswertung vorliegender Fremdbefunde (wie zum Beispiel die Pflegedokumentation, Krankenhaus- oder Arztberichte und das Pflegetagebuch) und nicht zuletzt durch eine körperliche Begutachtung. Der Gutachter empfiehlt der Pflegekasse die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Die Kasse trifft umgehend eine Entscheidung und übermittelt diese mit einer Kopie des Gutachtens an den Pflegebedürftigen.

### **Beschwerdestelle**

Die Pflegekassen handeln in eigener Verantwortung. Sollten Sie mit einer Entscheidung Ihrer Pflegekasse nicht einverstanden sein, können Sie Widerspruch einlegen oder eine Überprüfung durch die zuständige Aufsichtsbehörde veranlassen. Sie haben auch die Möglichkeit, nach dem Widerspruchsverfahren Klage vor dem zuständigen Sozialgericht zu erheben.

Bei Pflegekassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt, handelt es sich um sogenannte bundesunmittelbare Kranken- und Pflegekassen. Das sind zum Beispiel alle Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, Handelskrankenkasse (hkk) und HEK – Hanseatische Krankenkasse), die Knappschaft, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und einzelne Innungskrankenkassen bzw. Betriebskrankenkassen.

Kontaktdaten:

Bundesamt für Soziale Sicherung

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

[Kontaktformular](#)

[www.bundesamtsozialesicherung.de](http://www.bundesamtsozialesicherung.de)

### **Leistungen der Pflegeversicherung**

#### **Wovon ist der Anspruch auf Leistungen abhängig?**

Der Anspruch auf Leistungen in der Pflegeversicherung ist davon abhängig, welcher Pflegegrad vorliegt und wie die Person versorgt wird (im eigenen Zuhause oder in einer Pflegeeinrichtung).

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf alle Leistungen der Pflegeversicherung. Die Höhe des Leistungsanspruches ist abhängig vom Pflegegrad. Je höher der Pflegegrad, desto höher sind auch die Leistungen.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch, da bei ihnen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit nur gering sind. Bei diesem Personenkreis stehen der Erhalt der Selbstständigkeit und die Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Die Leistungen dienen der Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements.

### **Häusliche Pflege**

Pflegebedürftige können bei häuslicher Pflege wählen zwischen Pflegesachleistungen, Pflegegeld und einer Kombination dieser Leistungen.

### **Pflegesachleistungen**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe) durch einen Pflegedienst. 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 des Pflegegrades 2:	724,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3:	1.363,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4:	1.693,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5:	2.095,00€

### **Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld – dessen Umfang entsprechend – die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und die Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise, zum Beispiel durch einen Angehörigen, selbst sicherstellt.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2:	316,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3:	545,00€

Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4:	728,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5:	901,00€

### **Kombination von Geld- und Sachleistung**

Nehmen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die ihnen zustehenden Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhalten sie daneben ein anteiliges Pflegegeld.

### **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

Ist die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs 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 und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft war. Die Verhinderungspflege kann durch Nachbarn oder durch einen ambulanten Pflegedienst übernommen werden – bei Angehörigen als Leistungserbringer gelten andere Beträge.

Es besteht die Möglichkeit, jährlich 806 Euro von der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege zu übertragen. D. h. insgesamt stehen dann 2.418 Euro für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

### **Angebote zur Unterstützung im Alltag (Hilfe im Haushalt, Einzelbetreuung oder in Gruppen)**

Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, können zusätzlich zur Pflegesachleistung bzw. dem Pflegegeld Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten und sollen Pflegebedürftigen helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben und soziale Kontakte aufrecht zu erhalten.

Die Angebote werden unterschieden in

- Betreuungsangebote,
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden,
- Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel haushaltsnahe Dienstleistungen).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die jeweils zuständige Behörde nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts. Die Leistungen unterscheiden sich daher von Bundesland zu Bundesland. Klären Sie im Zweifelsfall direkt mit Ihrer Pflegekasse, ob eine bestimmte Leistung erstattet wird.

Für die Nutzung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag steht der Entlastungsbetrag (s. u.) zur Verfügung. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können zudem bis zu 40 v. H. des Sachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen. Die Umwandlung der nicht genutzten Pflegesachleistung für eine Entlastungsleistung ist ohne Antrag bei der Pflegekasse möglich.

### **Digitale Pflegeanwendungen**

2022 wurden Pflegeanwendungen in die Versorgung aufgenommen. Pflegebedürftige haben dann einen Anspruch in Höhe von 50 Euro pro Monat auf digitale Pflegeanwendungen (Pflege-Apps) und ergänzende Unterstützungsleistung im Zusammenhang mit der App. Der Nutzen der App muss sich auf den Pflegebedürftigen beziehen und soll beispielsweise kognitive Fähigkeiten erhalten, zu Mobilität anregen oder durch eine Analyse des Gangbildes zur Sturzprävention beitragen.

### **Entlastungsbetrag**

Pflegebedürftige erhalten einen Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich (also bis zu 1.500 Euro im Jahr), den Sie für

- Tages- und Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- ambulante Pflegedienste – in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (Hilfe im Haushalt oder Betreuung),
- Angebote zur Unterstützung im Alltag

einsetzen können.

Soweit der monatliche Leistungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Leistungsbeträge, die am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbraucht worden sind, können noch bis zum Ende des darauffolgenden Kalenderhalbjahres übertragen werden.

Um die Kostenerstattung für die entstandenen Aufwendungen zu erhalten, müssen bei der Pflegekasse jeweils Belege eingereicht werden. Aus den eingereichten Belegen und dem Antrag auf Erstattung der Kosten muss dabei hervorgehen, im Zusammenhang mit welchen der oben genannten Leistungen (Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen ambulanter Pflegedienste oder/und Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag) den Pflegebedürftigen Eigenbelastungen entstanden sind

und in welcher Höhe dafür angefallene Kosten aus dem Entlastungsbetrag erstattet werden sollen.

### **Pflegeberatung**

Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, haben gegenüber der Pflegekasse einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung durch speziell ausgebildete Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung. Voraussetzung hierfür ist die Zustimmung der Pflegebedürftigen.

### **Pflegestützpunkte**

Anspruchsberechtigte können die Pflegeberatung auch in einem Pflegestützpunkt wahrnehmen. In einem Pflegestützpunkt werden die Beratung und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen gebündelt. Der Pflegestützpunkt bildet das gemeinsame Dach, unter dem sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe und der Sozialhilfeträger untereinander abstimmen und Hilfe Suchenden ihre Sozialleistungen erläutern und mit Rat zur Seite stehen.

### **Verpflichtende Beratungsbesuche bei Bezug von Pflegegeld (§ 37 Abs. 3 SGB XI)**

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI in den Pflegegraden 2 und 3 einmal halbjährlich sowie in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Der Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Die Beratungsbesuche können durch ambulante Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen und Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften mit der erforderlichen pflegefachlichen Kompetenz durchgeführt werden.

### **Pflegehilfsmittel**

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Die Kosten werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn die Pflegehilfsmittel im [Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes](#) gelistet sind. Unterschieden wird zwischen:

- technischen Pflegehilfsmitteln (zum Beispiel Rollator): Eigenanteil (Zuzahlung) 10 Prozent, maximal 25 Euro. Größere technische Pflegehilfsmittel (zum Beispiel Pflegebett) werden überwiegend leihweise überlassen.
- zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (zum Beispiel Einmalhandschuhe oder Betteinlagen): Erstattung bis zu 40 Euro pro Monat.

Um Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden. Der Antrag kann auch von einem zugelassenen Leistungserbringer (zum Beispiel Sanitätshaus oder Apotheke) gestellt werden. Zudem können Pflegefachkräfte, der Medizinische Dienst (MD) oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln abgeben. Diese Empfehlungen gelten als Antrag, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt. Mit der Empfehlung kann sich der Pflegebedürftige an einen Leistungserbringer (zum Beispiel Sanitätshaus) seiner Wahl wenden, der den Antrag und die Empfehlung an die Pflegekasse weiterleitet. Für Hilfsmittel (beispielsweise Rollstühle oder Gehhilfen) bedarf es im Gegensatz zu Pflegehilfsmitteln einer ärztlichen Verordnung. Eine Genehmigung erfolgt durch die Krankenkasse.

### **Hausnotruf**

Hausnotrufsysteme gehören zu den technischen Hilfsmitteln und bestehen aus einem Hausnotrufgerät sowie einem Alarm-/Funksender und sind an eine Hausnotrufzentrale angeschlossen. Für Pflegebedürftige sind sie zuzahlungsfrei, müssen aber im Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis gelistet sein. Antrag und Genehmigung der Pflegekasse sind erforderlich. Die Pflegekasse informiert, welcher Leistungserbringer berechtigt ist, Hausnotrufsysteme zur Verfügung zu stellen. Die Pflegebedürftigen können dann zwischen diesen Leistungserbringern frei wählen.

### **Pflegeunterstützungsgeld für kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz haben Beschäftigte, die für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt.

## **Soziale Absicherung der Pflegeperson**

Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, hat als Pflegeperson Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung. Hierbei handelt es sich um Leistungen in Bezug auf die Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.

Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Beiträge werden bis zum Bezug einer Vollrente wegen Alters und Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Auch bei Bezug einer Teilrente können Beiträge gezahlt werden.

Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die gesamte Dauer der Pfl egetätigkeit.

Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Beschäftigte, die nach den Maßgaben des Pflegezeitgesetzes (für die Dauer von bis zu sechs Monaten) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

## **Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**

Für die Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, wie zum Beispiel den Einbau einer bodengleichen Dusche oder die Verbreiterung von Türen, können Pflegebedürftige einen Zuschuss von bis zu 4.000 Euro erhalten.

## **Wohngruppenzuschlag**

Pflegebedürftige, die mit mindestens zwei und maximal elf weiteren Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe wohnen, erhalten einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich. Voraussetzungen sind, dass eine gemeinschaftlich beauftragte Person organisatorische, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet und dass keine Versorgungsform vorliegt, die dem Angebot einer stationären Pflegeeinrichtung entspricht.

Wird eine Wohngruppe neu gegründet, haben die pflegebedürftigen Gründer Anspruch auf eine Anschubfinanzierung von bis zu 10.000 Euro.

### **Teilstationäre Pflege (Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege)**

Pflegebedürftige Menschen, die in der Häuslichkeit versorgt werden, können zusätzlich teilstationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Zu den teilstationären Pflegeleistungen gehören die Tagespflege und die 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 Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen für Pflege (einschließlich Betreuung) und für die in der Einrichtung notwendige medizinische Behandlungspflege bis zu den Leistungshöchstbeträgen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten müssen dagegen grundsätzlich privat getragen werden.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat maximal:

Für Pflegebedürftige der Pflegegrad 2: 689,00€

Für Pflegebedürftige der Pflegegrad 3: 1.289,00€

Für Pflegebedürftige der Pflegegrad 4: 1.612,00€

Für Pflegebedürftige der Pflegegrad 5: 1.995,00€

Wohngruppenmitglieder können teilstationäre Leistungen nur in Anspruch nehmen, wenn der MD die Notwendigkeit festgestellt hat.

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

Über diese Leistungen hinaus haben Pflegebedürftige in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen eigenen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung.

Für die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege kann ebenfalls der Entlastungsbetrag eingesetzt werden. Dieser kann (entgegen der Grundregel) zudem für die sogenannten „Hotelkosten“ (Unterkunft, Verpflegung), die im Zusammenhang mit der Tages- und Nachtpflege entstehen, verwendet werden.

### **Kurzzeitpflege**

Kurzzeitpflege kommt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 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 acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.774 Euro im Kalenderjahr. Die Kurzzeitpflege kann vollständig um den Betrag der Verhinderungspflege von 1.612 Euro auf 3.386 Euro erhöht werden.

### **Vollstationäre Pflege**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. 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 des Pflegegrades 2:	770,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3:	1.262,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4:	1.775,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5:	2.005,00€

Seit dem 01.01.2022 übernimmt die Pflegekasse je nach Länge des Heimaufenthalts für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 – zusätzlich zum festen Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI – einen prozentualen Anteil vom bisherigen Eigenanteil. Der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI beträgt im

1. Jahr	5%
2. Jahr	25%
3. Jahr	45%
ab dem 4. Jahr	70%

### **Leistungen für Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen**

Bei Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5 in vollstationären Einrichtungen, in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung, die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund stehen, beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten für die in den Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen pauschal in Höhe

von fünfzehn Prozent der vereinbarten Vergütung, höchstens jedoch mit 266 Euro monatlich. Das Gleiche gilt für Menschen mit Behinderungen mit den Pflegegraden 2 bis 5, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten und in Räumlichkeiten leben, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

### **Außerklinische Intensivpflege (Krankenversicherung)**

Informationen zu Leistungserbringern für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege finden Sie z. B. über das Suchportal der [Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung \(DIGAB\)](#).

### **Kurzzeitpflege für Menschen ohne oder mit Pflegegrad 1 (Krankenversicherung)**

Es gibt Fälle, in denen Menschen vorübergehend vollstationäre Pflege benötigen, ohne dass eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne der Pflegeversicherung vorliegt, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege als Leistung der Krankenkassen entspricht hinsichtlich Leistungsdauer (bis zu acht Wochen je Kalenderjahr) und Leistungshöhe (bis zu 1.774 Euro jährlich) der Kurzzeitpflege nach dem Recht der Pflegeversicherung.

Des Weiteren haben Versicherte wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Befinden sich Kinder im Haushalt, die bei Beginn der Leistung jünger als zwölf Jahre alt sind oder eine Behinderung haben und auf Hilfe angewiesen sind, kann die Haushaltshilfe auf bis zu 26 Wochen verlängert werden.

## **Allgemeine Fragen zum Pflegelotsen**

### **Was ist der Pflegelotse?**

Der vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) entwickelte vdek-Pflegelotse ist eine einfach zu bedienende Suchmaschine im Internet ([www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de)). Sie informiert stets aktuell und bundesweit über ca. 30.000 Pflegeeinrichtungen (Stand: Oktober 2022). 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.

### **Wie erfolgt die Aufnahme in den Pflegelotsen?**

Alle Anbieter nach § 71 SGB XI und Beratungsstellen nach § 37 Abs. 3 SGB XI werden, sobald den zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen die erforderlichen Unterlagen vorliegen, automatisch im Pflegelotsen angezeigt. Dazu gehören vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege) ambulante Pflegedienste, häusliche Betreuungsdienste und Beratungsstellen, bzw. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Auch Anbieter von „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ nach § 45a SGB XI werden automatisch im Pflegelotsen angezeigt, sobald dem vdek die Daten vorliegen. Diese Daten erhält der vdek allerdings über die [DatenClearingStelle \(DCS\)](#) von der zuständigen Landesbehörde, die den Anbieter anerkannt hat. Die Anerkennungsstelle – nicht der vdek – nimmt daher bei Bedarf auch die Aktualisierung der Daten vor.

### **Wie können Daten im Pflegelotsen geändert werden?**

Prinzipiell können sich Anbieter über das Kontaktformular an den Pflegelotsen wenden.

### **Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege, die bereits durch den Medizinischen Dienst (MD) oder Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) geprüft wurden, haben die Möglichkeit, Angaben zu ihrer Pflegeeinrichtung über einen Account bei der DatenClearingStelle (DCS) Pflege selbst einzupflegen. Dazu müssen Sie sich zunächst bei der DCS registrieren. Der für die Registrierung erforderliche Link wird nach der ersten Prüfung durch den MD oder PKV-Prüfdienst automatisch von der Daten-Clearing-Stelle (DCS) per Mail verschickt.

Einrichtungen der Tagespflege können sich direkt bei der DCS registrieren lassen. Hinweise zur Registrierung finden Sie im [Benutzerhandbuch](#) der DCS. Sollten Sie Unterstützung benötigen, wenden Sie sich bitte direkt an die DCS:

telefonisch: 06104/94736 405 (Festnetztarif)

Mo. – Do. 8.30 bis 12.30 Uhr sowie 13.30 bis 17.00 Uhr

Fr. 8.30 bis 14.00 Uhr

Per E-Mail: [dcz-pflege@itsg.de](mailto:dcz-pflege@itsg.de)

Änderungswünsche zu Preisen senden Sie bitte unter Angabe des Institutionskennzeichens an [pflegelotse@vdek.com](mailto:pflegelotse@vdek.com).

Bilder Ihrer Einrichtung schicken Sie bitte als .jpg-Dateien unter Angabe des Institutionskennzeichens direkt an unseren Kooperationspartner WDS.care ([service@wds.net](mailto:service@wds.net)). Das Update der Daten erfolgt i. d. R. innerhalb einer Woche.

### **Ambulante Pflegedienste, häusliche Betreuungsdienste und Beratungsstellen**

Änderungswünsche senden Sie bitte unter Angabe des Institutionskennzeichens an [pflegelotse@vdek.com](mailto:pflegelotse@vdek.com).

### **Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag**

Die Daten der Anbieter von „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ nach § 45a SGB XI werden von der zuständigen Landesbehörde, die den Anbieter ursprünglich auch anerkannt hat, erfasst und dem vdek über die DatenClearingStelle (DCS) Pflege zur Verfügung gestellt. Bei Änderungswünschen informieren Sie daher bitte Ihre Anerkennungsstelle. Der vdek hat keine Möglichkeit, die Daten zu aktualisieren. Sobald uns die aktualisierten Daten vorliegen, werden sie mit dem nächsten Update im Pflegelotsen veröffentlicht.

### **Wie können Bilder im Pflegelotsen hinterlegt oder geändert werden?**

Stationäre Einrichtungen können bis zu fünf Bilder im Pflegelotsen veröffentlichen. Unser Projektpartner WDS.care GmbH ist für die Bereitstellung der Bilder verantwortlich. Pflegeeinrichtungen wenden sich diesbezüglich direkt an den Dienstleister WDS.care ([service@wds.net](mailto:service@wds.net)).

### **Technische Probleme?**

Der Pflegelotse wird ständig weiterentwickelt. Dazu gehört auch, dass die jeweils aktuellsten Browser-Versionen (zum Beispiel Mozilla Firefox, Google Chrome oder Microsoft Edge) einwandfrei unterstützt werden. Die vollständige Unterstützung aller Browser – also auch älterer Browser und deren verschiedenen Versionen (zum Beispiel Microsoft Internet Explorer 11) – ist ab einem bestimmten Zeitpunkt aus technischen Gründen nur noch bedingt möglich. Wir empfehlen daher – auch in Hinblick auf potentielle Sicherheitslücken – ausschließlich aktuelle Browser-Versionen zu nutzen. Da Microsoft den Support für den Internet Explorer 11 im August 2021 eingestellt hat, sollte in diesem Fall ein aktuellerer Browser verwendet werden.

Sofern Sie trotz Aktualisierung des Browsers weiterhin technische Probleme haben, wenden Sie sich bitte über das [Kontaktformular](#) des Pflegelotsen direkt an den vdek.

### **Woher stammen die Daten im Pflegelotsen?**

Die Adress-, Struktur- und Preisdaten im 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 (MD) oder vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) durchgeführten Qualitätsprüfungen. Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht festgehalten, der die Grundlage für die Erstellung der Qualitätsinformationen ist, die im Pflegelotsen veröffentlicht werden.

### **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 Qualitätsinformationen.

### **Wie erfolgt die Veröffentlichung der Prüf- und Transparenzberichte?**

Die Daten zusammenführende Stelle, die DatenClearingStelle (DCS) Pflege stellt die Qualitätsdaten aus den Qualitätsprüfungen an den jeweils federführenden Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung. Zudem wird die geprüfte Pflegeeinrichtung über das Vorliegen der vorläufigen Qualitätsdaten informiert. Die Einrichtung hat 28 Kalendertage Zeit, die vorläufigen Qualitätsdaten zu prüfen und mittels fest vereinbarter Formulare die Daten 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 von der Pflegeeinrichtung vorzeitig beendet werden, um eine schnellere Veröffentlichung zu erreichen.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), die Pflegekassen der Innungskrankenkassen, die Knappschaft und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau veröffentlichen die Prüfergebnisse der stationären Pflegeeinrichtungen in Form des so genannten Prüfberichtes und die Prüfergebnisse der ambulanten Pflegedienste in Form der Transparenzberichte jeweils über den Pflegelotsen ([www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de)). Zudem sind die Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, die Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle im Pflegeheim beziehungsweise in den Räumen des Pflegedienstes auszuhängen.

### **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 (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) 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.

### **Was bedeutet der Grüne Haken?**

Der Grüne Haken® ist das Siegel für Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen 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 Pflegeeinrichtungen, die sich freiwillig für die Begutachtung gemeldet haben und diese Kriterien umfänglich erfüllen, erhalten für zwölf Monate das Siegel. Die Prüfung ist für die Pflegeeinrichtung kostenpflichtig. Derzeit findet im Pflegelotsen eine Veröffentlichung des Grünen Hakens® sowohl bei vollstationären Pflegeeinrichtungen statt. Es kann aus dem Fehlen des Grünen Hakens® jedoch nicht geschlossen werden, dass eine Pflegeeinrichtung nicht verbraucherfreundlich ist.

### **Qualitätsprüfungen**

#### **Wer überprüft die Qualität in den Pflegeeinrichtungen?**

Der Medizinische Dienst (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) prüft im Auftrag der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen vor Ort, ob die Pflegeeinrichtung die vereinbarten Qualitätsstandards einhält. Der MD und der PKV-Prüfdienst sind unabhängige Prüfinstitutionen. Ihre Gutachter sind entweder Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachkräfte. Gesetzliche Grundlage für die Qualitätsprüfungen des MD/PKV-Prüfdienst sind die §§ 114 ff SGB XI. Die Qualitätsprüfungen werden aufgrund der Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt. Für die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen (Qualitätsinformationen) sind die Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA), die Qualitätsdarstellungsvereinbarung stationär (QDVS) und die Qualitätsdarstellungsvereinbarung teilstationär (QDVTP) maßgeblich.

#### **Werden Prüfungen bei Pflegeeinrichtungen vorab gemeldet?**

Die regelmäßigen Prüfungen (Regelprüfungen) erfolgen angekündigt. Der Medizinische Dienst (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienst) kündigt der Pflegeeinrichtung die Prüfung am Tag zuvor an.

Anlassprüfungen, die zum Beispiel aufgrund einer Beschwerde einer pflegebedürftigen Person oder von Angehörigen erfolgen, werden generell unangekündigt vom MD/PKV-Prüfdienst durchgeführt. Die Beschwerden werden von den Pflegekassen/Krankenkassen oder deren Landesverbänden entgegengenommen.

### **Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft?**

Pflegeeinrichtungen werden grundsätzlich mindestens einmal jährlich geprüft. Bei den Pflegeheimen kann der Prüfrhythmus bei guter Qualität zukünftig auf 2 Jahre erweitert werden.

### **Wie lange dauert eine Prüfung?**

Vor Ort sind die Prüferinnen und Prüfer zwischen ein und zwei Tagen. Die Bearbeitungsfrist durch den Prüfdienst beträgt 21 Tage.

### **Wie erfolgt die Auswahl der Stichprobe?**

Im Rahmen der Qualitätsprüfung werden Pflegebedürftige besucht. Die Auswahl der Pflegebedürftigen erfolgt anhand des Zufallsprinzips. Die jeweilige Stichprobe ist unabhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung oder des ambulanten Pflegedienstes. Die Teilnahme an der Prüfung ist für den Pflegebedürftigen freiwillig, eine schriftliche Einwilligung durch die Pflegebedürftigen oder deren Betreuer ist jedoch notwendig. Die Prüfung steht nicht im Zusammenhang mit dem Pflegegrad, sondern es geht ausschließlich um die Feststellung der Qualität der Pflege. Die Pflegedokumentation wird eingesehen und es erfolgt die Inaugenscheinnahme und Befragung der pflegebedürftigen Person zur Beurteilung des pflegerischen Zustandes.

### **Welche Arten von Prüfungen gibt es?**

#### **Regelprüfung**

Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in ambulanten Pflegediensten regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch die Prüfinstitutionen Medizinischer Dienst (MD)/ Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienst). Bei den Pflegeheimen kann der Prüfrhythmus bei guter Qualität zukünftig auf zwei Jahre erweitert werden. Die Regelprüfung bezieht sich insbesondere auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen.

#### **Anlassprüfungen**

Einer Anlassprüfung liegt ein besonderer Anlass zugrunde. Anlässe können Beschwerden von Pflegebedürftigen oder Angehörigen sein. Die betroffenen Pflegebedürftigen sind in die Prüfung einzubeziehen. Auch bei Anlassprüfungen erfolgt eine vollständige Prüfung der Pflegeeinrichtung. Diese werden von den Verbänden der Pflegekassen auf Landesebene veranlasst.

### **Wiederholungsprüfungen**

Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.

### **Qualitätsinformationen ambulant**

#### **Neue Bewertungssystematik**

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (§ 115 Abs. 1a SGB XI) wurde 2008 erstmals die Möglichkeit für Versicherte geschaffen, relevante Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes (MD) und des Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienstes) in der ambulanten Pflege laienverständlich zugänglich zu machen. Alle Pflegedienste wurden in der Folge erstmals nach einer einheitlichen Systematik geprüft und die Transparenzberichte als sogenannte Pflegenoten veröffentlicht.

Tatsächlich haben die Pflegenoten ihr Transparenzversprechen nicht halten können. Deshalb wurde es notwendig, das System der Pflegenoten durch ein neues Bewertungssystem zu ersetzen. Im Jahr 2015 wurde die gesetzliche Grundlage für die Qualitätsprüfungen neu gefasst und die Vertragspartner nach § 113 SGB XI aufgefordert, ein Qualitätssystem als Ersatz für die in die Kritik geratenen Pflegenoten zu entwickeln.

Zurzeit findet die vor der Umsetzung der erarbeiteten Instrumente und Verfahren gesetzlich vorgesehene Pilotierung des neuen Systems statt.

#### **Was sind Transparenzberichte für ambulante Pflegeeinrichtungen?**

Die Verbände der Pflegekassen auf Landesebene beauftragen den Medizinischen Dienst (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienst) mit der Durchführung der einmal jährlich stattfindenden Qualitätsprüfungen bei den ambulanten Pflegediensten. Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht festgehalten. Ein Teil des Prüfberichts wird mit dem sogenannten Transparenzbericht veröffentlicht.

### **Warum wird nicht zu jeder Einrichtung ein Transparenzbericht angezeigt?**

Transparenzberichte werden nur für geprüfte Pflegeeinrichtungen der ambulanten Pflege (Pflegedienst) erstellt. Neu eröffnete Pflegedienste werden in der Regel innerhalb von 12 Monaten nach der Eröffnung geprüft. Das Ergebnis der Prüfung wird dann als Transparenzbericht veröffentlicht.

### **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 (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst). 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 damals für ein Bewertungssystem ähnlich der Schulnoten entschieden. Dies ist in den sogenannten Pflege-Transparenzvereinbarungen (ambulant) geregelt. Vergeben werden bei der Bewertung die Noten sehr gut (1,0) bis mangelhaft (5,0).

### **Welche Vorteile bringen die Pflegenoten?**

Mit den Pflegenoten können Pflegebedürftige oder deren Angehörige sich anhand einer Gesamtnote und drei Bereichsnoten über die Qualität von ambulanten Pflegeeinrichtungen informieren. Damit wird eine Vergleichbarkeit hergestellt, die durch unabhängige Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) ermittelt werden.

### **Was wird bei der Prüfung bewertet?**

Die Prüfungen durch den Medizinischen Dienstes (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) 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).

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils 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 Bewohner ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden?**

In ambulanten Pflegediensten werden jeweils zufällig drei Personen aus dem Pflegegrad 2, drei Personen aus dem Pflegegrad 3 und zwei Personen aus den Pflegegraden 4 und 5 in die Prüfung einbezogen. Die ausgewählten Personen müssen Sachleistungen nach dem SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen durch den Pflegedienst in Anspruch nehmen. Weiterhin wird die Stichprobe ggf. um eine weitere zufällig ausgewählte Person, die spezielle Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V erhält, ergänzt.

### **Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für ambulante Pflegedienste?**

Die Prüfung ambulanter Pflegedienste erfolgt anhand von 46 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	Skalenwerte
Sehr gut	1,0 – 1,4	8,7 – 10,0
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	0,0 ≤ 4,5

Die Kundenbefragung (12 der 46 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 Befragung der Bewohner nicht in die Gesamtnote einbezogen?**

Mit der Befragung der Kunden von Pflegediensten wird die persönliche Sicht der Pflegebedürftigen sowohl auf die Pflegekräfte und die Einrichtung dargestellt. Diese Aussagen ergänzen die Prüfungsergebnisse des Medizinischen Dienstes (MD)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst), 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?

Die Ersatzkassen nutzen als einheitliche Plattform zur Veröffentlichung der Pflegenoten das Internetportal [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) sowie auf den Internetportalen der Mitgliedskassen die kassenspezifischen Lotsen. Hier werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen seit 2009 veröffentlicht. Den Pflegelotsen nutzen auch die Innungskrankenkassen, die KNAPPSCHAFT und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG).

## Qualitätsinformationen stationär

### Was beinhaltet die Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS)?

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung stationär (QDVS) beruht auf drei Säulen:

- den ausgewählten Qualitätsprüfungsergebnissen nach neuem Prüfverfahren,
- den Qualitätsdaten (Ergebnisindikatoren), die die Heime selbst erheben und
- den allgemeinen Informationen zur Einrichtung – zum Beispiel zu Ausstattung der Zimmer und zur Erreichbarkeit der Einrichtung mit dem öffentlichen Nahverkehr.

Im Rahmen der Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen (Qualitätsdarstellung) wurden die „Pflegenoten“ abgeschafft und durch einen strukturierten Qualitätsbericht ersetzt. Dieser Qualitätsbericht enthält Bewertungen von 20 Qualitätsaspekten, die den folgenden fünf Bereichen zugeordnet sind:

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Bereich 5: Begleitung sterbender Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und ihrer Angehörigen

### Wie werden die einzelnen Qualitätsaspekte bewertet?

Die Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte erfolgt nach folgendem Schema:

■ ■ ■ ■ Keine oder geringe Qualitätsdefizite

■ ■ ■ □ Moderate Qualitätsdefizite

■ ■ □ □ Erhebliche Qualitätsdefizite

## ■□□□ Schwerwiegende Qualitätsdefizite

### Was sind Indikatoren/Ergebnisindikatoren?

Seit Oktober 2019 erheben die Pflegeheime die Qualitätsindikatoren und übermitteln diese an die Datenauswertungsstelle. Die Ergebnisindikatoren geben an, wie oft es in einer bestimmten Einrichtung innerhalb von sechs Monaten zu bestimmten Ereignissen (zum Beispiel Stürze) kommt. Diese Ergebnisse werden dann mit dem Durchschnitt aller Einrichtungen verglichen:

- Die Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt.
- Die Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt.
- Die Ergebnisqualität liegt nahe beim Durchschnitt.
- Die Ergebnisqualität liegt leicht unter dem Durchschnitt.
- Die Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt.

Seit 2020 können Prüfergebnisse für Verbraucherinnen und Verbraucher im Internet veröffentlicht werden. Erste Indikatorenergebnisse wurden 2022 im Internet veröffentlicht. Der Medizinische Dienst (MD) und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) prüfen die Pflegeheime seit dem 1. November 2019 nach dem neuen Verfahren.

### Ist eine Überarbeitung für die ambulante Qualitätsdarstellung geplant?

In der ambulanten Pflege wird das neue System der Qualitätsprüfungen zunächst noch getestet, auch die Darstellung der Qualitätsergebnisse muss noch durch den Qualitätsausschuss Pflege festgelegt werden. Daher bestehen die „Pflegetoten“ für ambulante Pflegedienste zunächst noch weiter.

### ●○○○○ Qualitätsinformationen Tagespflege

#### Was beinhaltet die Qualitätsdarstellungsvereinbarung Tagespflege (QDVTP)?

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung Tagespflege (QDVTP) ist zum 01.01.2022 in Kraft getreten. Sie sieht vor, dass die Qualitätsdarstellung in der Tagespflege zukünftig auf zwei Säulen beruht:

- Qualitätsprüfungsergebnisse nach neuem Prüfverfahren,
- allgemeine Informationen zur Einrichtung – zum Beispiel zur Erreichbarkeit der Einrichtung mit dem öffentlichen Nahverkehr.

Im Rahmen der Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen (Qualitätsdarstellung) wurden die „Pflegetoten“ abgeschafft und durch einen strukturierten

Qualitätsbericht ersetzt. Dieser Qualitätsbericht enthält Bewertungen von 13 Qualitätsaspekten, die den folgenden vier Bereichen zugeordnet sind:

**Bereich 1: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte**

- 1.1 Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung (zum Beispiel Sehen, Hören)
- 1.2 Unterstützung bei der Beschäftigung und Kommunikation Bereich

**Bereich 2: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung**

- 2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
- 2.2 Unterstützung beim Essen und Trinken
- 2.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- 2.4 Unterstützung bei der Körperpflege Bereich

**Bereich 3: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

- 3.1 Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme
- 3.2 Schmerzmanagement
- 3.3 Wundversorgung
- 3.4 Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischem Bedarf Bereich

**Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen**

- 4.1 Aufnahme in die Tagespflege
- 4.2 Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen
- 4.3 Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen

### **Wie werden die einzelnen Qualitätsaspekte bewertet?**

Die Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte erfolgt nach folgendem Schema:

- ■ ■ ■ Keine oder geringe Qualitätsdefizite
- ■ ■ □ Moderate Qualitätsdefizite
- ■ □ □ Erhebliche Qualitätsdefizite
- □ □ □ Schwerwiegende Qualitätsdefizite

### **Wann werden die ersten Daten veröffentlicht?**

Seit 2022 werden erste Prüfergebnisse für Verbraucherinnen und Verbraucher im Internet veröffentlicht. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) prüfen die Einrichtungen seit dem 1. Januar 2022 nach dem neuen Verfahren.