



Fragen und Antworten

vdek-Pflegelotse/Pflegenoten

4. überarbeitete Fassung (Stand: 01.01.2017)



Inhalt

I. Allgemeines	6
Was ist der vdek-Pflegelotse?.....	6
Woher stammen die Daten im vdek-Pflegelotsen?	6
Wie kommt der vdek-Pflegelotse bei den Versicherten an?.....	8
II. Pflegenoten – Bewertungssystematik	10
Was sind Pflegenoten?.....	10
Warum lehnen sich die Pflegenoten an das Schulnotensystem an?	10
Welche Vorteile bringen die Pflegenoten?	10
Was wird bei der Prüfung bewertet?.....	10
Wie werden die Bewohner ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden?... 	11
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für ambulante Pflegedienste?.....	12
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen?	12
Warum wird die Befragung der Bewohner/Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote einbezogen?	13
Wo werden die Pflegenoten veröffentlicht?	13
Gibt es eine Überprüfung (Evaluation) der Pflegenoten?.....	14
Wie gehen die Einrichtungen mit den Pflegenoten um (Qualitätswettbewerb etc.)?	14
Wie werden die Pflegenoten vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zur Qualitätssicherung genutzt?.....	14
III. Position der Ersatzkassen	15
Wo liegt vonseiten der Ersatzkassen die Hauptkritik an den Pflegenoten?.....	15
Welche Änderungen am Prüfverfahren fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)?	15
IV. Prüfverfahren	16
Wer überprüft die Qualitätsstandards in den Pflegeeinrichtungen?	16
Werden Prüfungen bei Pflegeeinrichtungen vorab angemeldet?	16
Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft?	16
Wie lange dauert eine Prüfung (inklusive Vor- und Nachbereitung)?	16
Was passiert, wenn eine Pflegeeinrichtung schlechte Noten erhält?	17
Was prüft die Heimaufsicht?.....	17
Gibt es eine Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Heimaufsicht?	18
Beteiligt sich auch die Private Krankenversicherung an der Überprüfung?.....	18
V. Veröffentlichungsverfahren	19

Was ist die DatenClearingStelle (DCS) Pflege?	19
Wie ist das Verfahren der Veröffentlichung?	19
Hat sich die Qualität der Pflege durch die regelmäßigen Qualitätsprüfungen verändert?.....	19
VII. Pflegeversicherung	22
Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?.....	22
Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung?.....	22
Wer ist pflegebedürftig?	22
Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?.....	23
Wie wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?	24
Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Menschen?	24
VIII. Kooperationspartner	28
Was bedeutet der Grüne Haken®?.....	29
Welche Kriterien fließen in die Bewertung der Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität ein?	29
Was ist das Ziel der Kooperation?	30
Anhang	31
Was ist der vdek–Pflegetotse?.....	6
Woher stammen die Daten im vdek–Pflegetotse?	6
Wie kommt der vdek–Pflegetotse bei den Versicherten an?	8
II. Pflegenoten – Bewertungssystematik	10
Was sind Pflegenoten?.....	10
Warum lehnen sich die Pflegenoten an das Schulnotensystem an?	10
Welche Vorteile bringen die Pflegenoten?	10
Was wird bei der Prüfung bewertet?.....	10
Wie werden die Bewohner ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden?... 11	
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für ambulante Pflegedienste?	12
Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen?	12
Warum wird die Befragung der Bewohner/Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote einbezogen?	13
Wo werden die Pflegenoten veröffentlicht?	13
Gibt es eine Überprüfung (Evaluation) der Pflegenoten?.....	14
Wie gehen die Einrichtungen mit den Pflegenoten um (Qualitätswettbewerb etc.)?	14
Wie werden die Pflegenoten vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zur Qualitätssicherung genutzt?.....	14
III. Position der Ersatzkassen	15
Wo liegt vonseiten der Ersatzkassen die Hauptkritik an den Pflegenoten?	15

<u>Welche Änderungen am Prüfverfahren fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)?</u>	15
IV. Prüfverfahren	16
<u>Wer überprüft die Qualitätsstandards in den Pflegeeinrichtungen?</u>	16
<u>Werden Prüfungen bei Pflegeeinrichtungen vorab angemeldet?</u>	16
<u>Wie häufig werden Pflegeeinrichtungen geprüft?</u>	16
<u>Wie lange dauert eine Prüfung (inklusive Vor- und Nachbereitung)?</u>	16
<u>Was passiert, wenn eine Pflegeeinrichtung schlechte Noten erhält?</u>	17
<u>Was prüft die Heimaufsicht?</u>	17
<u>Gibt es eine Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Heimaufsicht?</u>	18
<u>Beteiligt sich auch die Private Krankenversicherung an der Überprüfung?</u>	18
V. Veröffentlichungsverfahren	19
<u>Was ist die DatenClearingStelle (DCS) Pflege?</u>	19
<u>Wie ist das Verfahren der Veröffentlichung?</u>	19
<u>Hat sich die Qualität der Pflege durch die regelmäßigen Qualitätsprüfungen verändert?</u>	19
VII. Pflegeversicherung	22
<u>Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?</u>	22
<u>Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung?</u>	22
<u>Wer ist pflegebedürftig?</u>	22
<u>Wie errechnet sich der jeweilige Pflegegrad?</u>	23
<u>Wie wird Pflegebedürftigkeit festgestellt?</u>	24
<u>Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Menschen?</u>	24
VIII. Kooperationspartner	28
<u>Was bedeutet der Grüne Haken®?</u>	29
<u>Welche Kriterien fließen in die Bewertung der Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität ein?</u>	29
<u>Was ist das Ziel der Kooperation?</u>	30
Anhang	31

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

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redakteure: Manuela–Andrea Pohl/Sina Oerder (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 2016). 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 Pflegelotsen geändert werden?

Änderungen von Adress-, Struktur- und Preisdaten werden von den vdek-Landesvertretungen vorgenommen. Leistungserbringer können sich bei Änderungswünschen an die Telefonhotline (Tel.: 030/26931-2969, Montag bis Freitag in der Zeit von 10.00 bis 12.00 Uhr) oder über das Kontaktformular an die vdek-Zentrale wenden.

Änderungen von Email- und Internetadressen müssen in der DatenClearingStelle (DCS) Pflege vorgenommen werden. Diese kann nur der federführende Landesverband der Pflegekasse vornehmen. Änderungswünsche müssen daher diesem mitgeteilt werden. Welcher Landesverband für die Bearbeitung zuständig ist, kann dem Prüfbericht entnommen 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 Transparenzberichte.

Wie können Bilder im Pflegelotsen hinterlegt oder geändert werden?

Es können bis zu fünf Bilder von stationären Einrichtungen im Pflegelotsen veröffentlicht werden. Unser Kooperationspartner 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; Einrichtungen für Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege erhalten keinen Transparenzbericht. Zudem gibt es neu eröffnete Pflegeeinrichtungen, die noch nicht geprüft wurden.

Warum erscheinen die Transparenzberichte der stationären Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Layouts?

Ab 1. Januar 2017 erfolgt die Prüfung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf Grundlage einer angepassten Qualitätsprüfungsrichtlinie und geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen. Ab 2017 wird die Prüfung und Bewertung der Pflegeeinrichtungen somit nach einer anderen Systematik durchgeführt. Dies hat zur Folge, dass die Benotungen der einzelnen Einrichtungen für einen Übergangszeitraum von mindestens einem Jahr nicht miteinander

vergleichbar sind. Ein Einrichtungsvergleich ist nur auf Grundlage von Berichten mit gleicher Prüfgrundlage und Bewertungssystematik. Durch das unterschiedliche Layout wurden die Berichte entsprechend farblich gekennzeichnet: Die Transparenzberichte auf Grundlage der aktuellen, seit dem 1.1.2017 geltenden Transparenzvereinbarung sind an der orangen Farbe erkennbar. Die Transparenzberichte der Einrichtungen, die auf der Grundlage der zwischen dem 1. Januar 2014 und 31. Dezember 2016 geltenden Transparenzvereinbarung geprüft wurden, sind blau hinterlegt. Die Transparenzberichte der Einrichtungen, die auf der Grundlage der bis zum 31. Dezember 2013 gültigen Transparenzvereinbarung geprüft wurden, sind grün.

Was bedeuten die Versorgungsinformationen?

Stationäre Einrichtungen müssen ab 1. Februar 2014 die Pflegekassen darüber informieren, wie sie sowohl die medizinische als auch die Versorgung mit Arzneimitteln ihrer Bewohner sicherstellen. Diese Informationen werden dann für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich aufbereitet und im Pflegeeloten 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 BIVA in Zusammenarbeit mit der 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 Pflegeeloten eine Veröffentlichung des Grünen Hakens® nur bei vollstationären Einrichtungen ohne Pflegeschwerpunkte statt. Zudem kann aus dem Fehlen des Grünen Hakens® nicht geschlossen werden, dass ein Heim nicht verbraucherfreundlich ist.

Wie kommt der vdek-Pflegelotse bei den Versicherten an?

Der vdek-Pflegelotse wird von seinen Nutzern sehr gut angenommen und für anwenderfreundlich befunden. Den vdek-Pflegeloten nutzen durchschnittlich 1,2 Mio. Besucher monatlich, um sich über die Qualität und die Leistungen der Pflegeeinrichtungen zu informieren. Der vdek-Pflegelotse wird kontinuierlich weiterentwickelt, um die Nutzerfreundlichkeit und Übersichtlichkeit des Angebotes

weiter zu verbessern. Zudem können sich die Verbraucher bei Fragen zu den Inhalten oder der Bedienung der Plattform an eine eigens eingerichtete Telefon-Hotline wenden (0 30 / 269 31 - 29 69). Oberstes Ziel ist dabei, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen schnell und unkompliziert bei der Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung zu unterstützen. Allerdings kann und soll der vdek-Pflegelotse keine Pflegeeinrichtungen vermitteln.

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) Bereichsnote 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:

- I. pflegerische Leistungen,
- II. ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (zum Beispiel: Arzneimittelverabreichung, Blutdruckmessen),

III. Dienstleistung und Organisation (zum Beispiel: Einhaltung des Datenschutzes, Schulung der Mitarbeiter).

In stationären Pflegeeinrichtungen wird der Fokus auf vier Teilgebiete gelegt:

- I. Pflege und medizinische Versorgung,
- II. Umgang mit demenzkranken Bewohnern,
- III. Betreuung und Alltagsgestaltung,
- IV. 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?

Die Auswahl der Pflegebedürftigen, die in die Prüfung einbezogen werden, erfolgt nach einem Zufallsprinzip. Mit Beginn des Jahres 2017 hat sich die Rechtsgrundlage für die Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geändert. Aufgrund der Ablösung der drei Pflegestufen durch die fünf Pflegegrade war es erforderlich, insbesondere die Vorgaben für die Auswahl der Bewohner anzupassen.

Ambulante Pflegeeinrichtungen:

Seit dem 1.1.2017 werden in dem zu prüfenden Pflegedienst drei Personen, die Sachleistungen nach SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen, aus dem Pflegegrad 2, drei Personen aus dem Pflegegrad 3 und zwei Personen, zusammen aus den Pflegegraden 4 und 5 zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen.

Auswahl der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen ab 1.1.2017

In der zu prüfenden stationären Pflegeeinrichtung werden aus den Pflegegraden 1 und 2 insgesamt zwei Bewohner, aus dem Pflegegrad 3 zwei Bewohner, aus dem

Pflegegrad 4 drei Bewohner und aus dem Pflegegrad 5 zwei Bewohner zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen.

Durch das erste Pflegestärkungsgesetz werden seit 2015 die Stichproben auf Personen erstreckt, bei denen durch die Prüfinstitution im Rahmen einer Qualitätsprüfungen 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.

Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für ambulante Pflegedienste?

Die Prüfung ambulanter Pflegeeinrichtungen 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	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 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.

Wie erfolgt die Berechnung der Pflegenoten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen?

Da sich zu Beginn der Jahre 2017 und 2014 jeweils die Grundlage 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 1.1.2017 (Transparenzbericht mit orangem Banner) und 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	Skalenwert
Sehr gut (1,0 – 1,4)	9,3 – 10
Gut (1,5 – 2,4)	7,9 – 9,3
Befriedigend (2,5 – 3,4)	6,5 – 7,9
Ausreichend (3,5 – 4,4)	5,1 – 6,5
Mangelhaft (4,5 – 5,0)	0 – 5,1

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	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 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 Befragung der Bewohner/Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote einbezogen?

Mit der Befragung der Heimbewohner und Kunden von Pflegediensten wird die persönliche Sicht der Pflegebedürftigen sowohl auf die Pflegekräfte als auch auf Service und Einrichtung dargestellt. Diese Aussagen ergänzen die Prüfungsergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)/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.

Gibt es eine Überprüfung (Evaluation) der Pflegenoten?

Die Pflegenoten sind ein lernendes System. Sie werden laufend wissenschaftlich überprüft (Evaluation). Die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis fließen in die Weiterentwicklung des Systems der Pflegenoten ein. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Pflegenoten einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Verbraucherinteressen und auch einen Anreiz für Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen darstellen.

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 Wiederholungsprüfung/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. Position der Ersatzkassen

Wo liegt vonseiten der Ersatzkassen die Hauptkritik an den Pflegenoten?

Hauptkritik an dem derzeitigen Bewertungssystem ist und bleibt der Umstand, dass derzeit alle Qualitätskriterien gleich gewichtet in die Gesamtnote einfließen. Sinnvoller wäre es hingegen, wenn bestimmte „Risikokriterien“ stärker in die Benotung eingehen. Damit wird vermieden, dass Einrichtungen trotz einer schlechten Benotung in einem einzelnen Risikokriterium dennoch eine gute Gesamtnote erhalten.

Welche Änderungen am Prüfverfahren fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)?

Bereits bei Abschluss der Vereinbarungen bestand unter den Beteiligten Einvernehmen, die Pflege-Transparenzvereinbarungen anzupassen, sobald neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse über Indikatoren zur Messung von Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen.

IV. 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 von den Landesverbänden der Pflegekassen veranlasst werden, um durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)/Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. überprüfen zu lassen, ob bei zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfungen festgestellte Qualitätsmängel beseitigt worden sind.

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 Einrichtung zu überprüfen. Sofern eine Einrichtung nicht bereit oder in der Lage sein sollte, Mängel in einem angemessenen Zeitraum zu beseitigen, kann die Heimaufsicht ordnungsbehördliche Anordnungen zur Mängelbeseitigung treffen. In gravierenden Fällen kann die Einrichtung 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).

V. 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 zu senden.

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.

VI. 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.

Für die Teilnahme am Modellvorhaben wurde durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ca. 120 Betreuungsdienste ausgewählt. Da für die Betreuungsdienste jeweils ein regional begrenzter Einzugsbereich festgelegt ist, kann aufgrund der geringen Anzahl von Betreuungsdiensten keine bundesweit flächendeckende Versorgung gewährleistet werden.

Das Modellvorhaben startet im zweiten Halbjahr 2014. 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 ausschließlich 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 daher aufgrund des eingeschränkten Leistungsspektrums 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 Altherapeuten und Altherapeutinnen, Heilerzieher und Heilerzieherinnen oder Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sein.

VII. Pflegeversicherung

Was ist die gesetzliche Pflegeversicherung?

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

Wer erhält Leistungen aus der Pflegeversicherung?

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

Wer ist pflegebedürftig?

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

Pflegebedürftigkeit wird also nicht daran gemessen, wie schwer jemand erkrankt oder behindert 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:

- I. Mobilität,
- II. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- III. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- IV. Selbstversorgung,
- V. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- VI. 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 Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Wird ein Pflegeantrag gestellt, lassen alle Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) 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 Selbstständigkeit 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 z.B. die Pflegedokumentation, Krankenhaus- oder Arztberichte) 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 dies mit einer Kopie des Gutachtens an den Pflegebedürftigen.

Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Menschen?

Der Anspruch auf Leistungen in der Pflegeversicherung ist davon abhängig, welcher Pflegegrad vorliegt und wie der Mensch 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.

Pflegeleistungen bei häuslicher 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:	689,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3:	1.298,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4:	1.612,00€
Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5:	1.995,00€

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 (zum Beispiel ein Angehöriger) 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 Angehörige, Nachbarn oder durch einen ambulanten Pflegedienst übernommen werden.

Es besteht die Möglichkeit bis zu 50 v. H. des Leistungsbetrages der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege zu übertragen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

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 und Angebote zur Entlastung im Alltag (z. B. Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen). Die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden von den Ländern entsprechend landesrechtlicher Regelungen anerkannt.

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.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige erhalten einen Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich, den Sie für

Leistungen der Tages- und Nachtpflege,

Leistungen der Kurzzeitpflege,

Leistungen ambulanter Pflegedienste und

Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag

einsetzen können.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf eine 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.

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Für die Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, wie z. B. 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 Wohngruppen wohnen, erhalten einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich. Voraussetzung 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

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.

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 MDK die Notwendigkeit festgestellt hat.

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 1.612 Euro im Kalenderjahr. Es besteht die Möglichkeit, den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege zu übertragen.

Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen. 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€

Pflegeberatung

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen haben Anspruch auf Pflegeberatung durch speziell ausgebildete Pflegeberater. Auf Wunsch findet die Beratung auch in der eigenen Häuslichkeit statt.

VIII. Kooperationspartner

1. Heimverzeichnis

Das Projekt heimverzeichnis.de verfolgt das Ziel, die Lebensqualität für Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nachhaltig zu fördern und zu verbessern. Im Heimverzeichnis sind alle Pflegeeinrichtungen erfasst, mit denen die gesetzlichen Pflegekassen einen Vertrag geschlossen haben. Mehr als 3.000 Häuser bieten dort umfassende Informationen zu ihren Angeboten. Etwa die Hälfte dieser

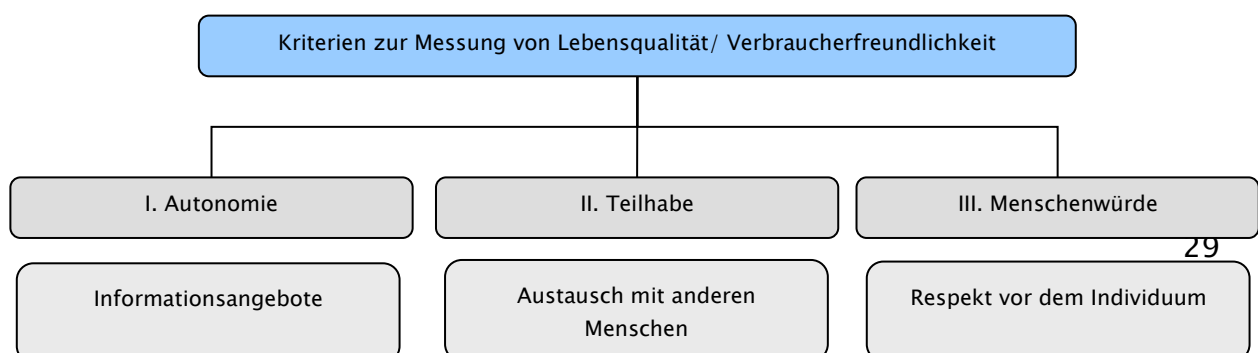
Einrichtungen konnte bisher mit dem Grünen Haken ausgezeichnet werden, dem Qualitätszeichen für Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität im Alter. Für das Heimverzeichnis prüfen rund 80 sorgfältig geschulte ehrenamtliche Gutachterinnen und Gutachter bundesweit Einrichtungen, die sich freiwillig für eine Begutachtung anmelden, nach den Kriterien Selbstbestimmung, Teilhabe und Menschenwürde. Die Prüfungen erfolgen konsequent aus Verbrauchersicht, das heißt die Gutachterinnen und Gutachter berücksichtigen ausschließlich die Interessen der Menschen, die in einem Pflegeheim oder einer Seniorenresidenz leben.

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 umfänglich erfüllen, erhalten für zwölf Monate das Siegel. Die Prüfung ist für die Einrichtungen kostenpflichtig. Derzeit findet im Pflegelotsen eine Veröffentlichung des Grünen Hakens® sowohl bei vollstationären Einrichtungen als auch bei Einrichtungen mit Pflegeschwerpunkten statt. Es kann aus dem Fehlen des Grünen Hakens® jedoch nicht geschlossen werden, dass eine Pflegeeinrichtung 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 jedem der drei Hauptbereiche Unterkriterien definiert worden. Das begutachtete Heim muss in jedem Hauptbereich mindestens 80 Prozent der Kriterien erfüllen, um den Grünen Haken® zu erhalten.



Was ist das Ziel der Kooperation?

Die Kooperation von vdek-Pflegelotse und heimverzeichnis.de verknüpft die Informationsschwerpunkte beider Portale. Der vdek-Pflegelotse informiert in erster Linie über die Preise und Qualität von stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten, während heimverzeichnis.de die Lebensqualität und Verbraucherfreundlichkeit der stationären Einrichtungen mit einem Grünen Haken® kennzeichnet.

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

Anhang

Anlage 1: Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage „Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)“ (Gültigkeit bis 31.12.2016)

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 Ernährungssonden 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 2: Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen auf der Prüfgrundlage „Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)“ (Gültigkeit ab 01.01.2017)

Die Bewertung der stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt anhand von 77 Einzelkriterien, die in einem Fragenkatalog 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 nachvollziehbar?
- 4 – Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
- 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 (zum Beispiel Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen gegebenenfalls 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 selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
- 12 – Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
- 13 – Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
- 14 – Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
- 15 – Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?
- 16 – Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz beziehungsweise mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?
- 17 – Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz beziehungsweise 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 freiheitsentziehender 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 Ernährungssonden 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 (neun Kriterien)

- 33 – Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?
- 34 – Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?
- 35 – Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?
- 36 – Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
- 37 – Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?

- 38 – Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?
- 39 – Wird mit individuellen Orientierungshilfen, zum Beispiel Fotos, gearbeitet?
- 40 – Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, zum Beispiel zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?
- 41 – Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?

3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (neun Kriterien)

- 42 – Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?
- 43 – Werden im Rahmen der 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 Kontaktpflege zu den Angehörigen?
- 46 – Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?
- 47 – Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (zum Beispiel Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach sechs Wochen)?
- 48 – Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?

- 49 – Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?
- 50 – Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

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

- 51 – Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer, zum Beispiel 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 Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (zum Beispiel optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)
- 54 – Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?
- 55 – Wird Diätkost, zum Beispiel für Menschen mit Diabetes, angeboten?
- 56 – 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)?
- 67 – Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?
- 58 – Orientieren sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner?
- 59 – Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter 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 selbst zu waschen?
- 63 – Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen zum Beispiel 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 Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?
- 69 – Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
- 70 – Schmeckt Ihnen das Essen in der Regel?
- 71 – Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

- 72 – Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
- 73 – Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
- 74 – Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
- 75 – Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?
- 76 – Können Sie jederzeit Besuch empfangen?
- 77 – Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

(Quelle: GKV-Spitzenverband)

Anlage 3: Bewertungskriterien für ambulante Pflegedienste

Die Bewertung der ambulanten Pflegedienste erfolgt anhand von 46 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 (acht 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 – Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
- 21 – Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
- 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 – Sind Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?
- 25 – Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?

3. Dienstleistung und Organisation (neun Kriterien)

- 26 – Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die entstehenden Kosten erstellt?
- 27 – Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?
- 28 – Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?
- 29 – Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
- 30 – Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?

- 31 – Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?
- 32 – Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?
- 33 – Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?
- 34 – Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?

4. Befragung der Kunden (12 Kriterien)

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

(Quelle: GKV-Spitzenverband)