



PFLEGE-WISSEN

Antworten auf Fragen rund um die Pflege

2,7 Millionen Menschen in Deutschland sind auf Pflege angewiesen. 23 Prozent der Deutschen haben jemanden in der Familie, der pflegebedürftig ist. Wenn der Fall von heute auf morgen eintritt, stellen sich viele Fragen. Hier einige Antworten.



Die Pflegestärkungsgesetze: bessere Leistungen für eine gute Pflege

Foto: Burkhard Peter

- Ein Angehöriger benötigt nach einem Krankenhausaufenthalt Pflegeleistungen. Was ist zu tun?
Was tun, wenn man sich mit dem Thema Pflege aber gar nicht auskennt? Wo gibt es
- Beratung? Was kostet das?
- Wie lange dauert ein Verfahren, wenn man Pflegeleistungen beantragt?
Wenn ein Angehöriger und Pflege benötigt – kann ich mich dafür von der Arbeit freistellen
- lassen? Auch wenn die Pflegebedürftigkeit ganz plötzlich kommt?
Wonach richtet sich, wer welche Leistungen bekommt? Wie erfolgt eine Einstufung in die
- Pflegegrade?
- Welche Leistungen gibt es bei welchem Pflegegrad?
Wenn ich als Angehörige(r) jemanden aus der Familie pflege und ich möchte einmal in den Urlaub fahren oder bin ausgepowert und brauche eine Kur – geht das? Was passiert dann
- mit derjenigen / demjenigen, die / den ich pflege?
- Stehen Pflegebedürftigen auch Leistungen für notwendige Umbauten in der Wohnung zu?
- Wenn ich Angehörige pflege, erwerbe ich Rentenansprüche?
- Wie ist das bei Pflegepersonen mit der Unfall- und Krankenversicherung?
Der Platz im Pflegeheim ist teurer als die Leistungen der Pflegekasse. Wer zahlt dafür?
- Müssen Angehörige einspringen, wenn nicht genug Geld da ist?

- [Wie finde ich einen guten Pflegedienst oder ein gutes Pflegeheim?](#)

Ein Angehöriger benötigt nach einem Krankenhausaufenthalt Pflegeleistungen. Was ist zu tun?

Der Pflegebedürftige muss die Leistungen bei seiner Krankenkasse beantragen, denn bei ihr ist gleichzeitig die Pflegekasse angesiedelt. Das geht auch telefonisch. Dann kommt der Medizinische Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter und stellen fest, was der Pflegebedürftige selbstständig kann und was nicht. Auf dieser Grundlage wird er in einen Pflegegrad eingestuft. Wird er von Angehörigen gepflegt, erhält er Pflegegeld. Übernimmt die Pflege ein ambulanter Dienst, erhält er Pflegesachleistungen, das heißt die Abrechnung erfolgt direkt zwischen dem ambulanten Dienst und der Pflegekasse.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können auch Familienangehörige, Nachbarn oder gute Bekannte stellen, wenn sie dazu bevollmächtigt sind.

Das Bundesgesundheitsministerium hilft unter www.pflegeleistungen-helfer.de herauszufinden, welche Pflegeleistungen dem Betroffenen zustehen.

Zudem gibt es ein Bürgertelefon: 030 – 340 60 66-02.

Nicht immer ist es möglich, die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt reibungslos zu organisieren. Daher gibt es in den Krankenhäusern den Sozialdienst oder die Pflegeüberleitung. Sie sind der erste Ansprechpartner, wenn kurzfristig oder übergangsweise pflegerische Unterstützung notwendig wird.

nach oben

Was tun, wenn man sich mit dem Thema Pflege aber gar nicht auskennt? Wo gibt es Beratung? Was kostet das?

Bei den Krankenkassen - oder genauer bei den daran angegliederten Pflegekassen - gibt es Pflegeberaterinnen und -berater. In allen Bundesländern - außer in Sachsen-Anhalt und Sachsen - arbeiten die Pflegeberater auch in Pflegestützpunkten. Auf die Pflegeberatung haben gesetzlich Versicherte und ihre Angehörigen einen Anspruch. Sie ist kostenfrei. Die Beratung kann vor Ort, in der eigenen Häuslichkeit, am Telefon oder per E-Mail stattfinden.

Die Beraterinnen und Berater helfen pflegerische, medizinische und soziale Leistungen zu organisieren und zu koordinieren. Diese Hilfe ist neutral, das heißt es werden keine bestimmten Anbieter von Pflegeleistungen bevorzugt.

- Privat Versicherte und ihre Angehörigen können sich kostenlos an die unabhängige Beratungseinrichtung "[Compass Private Pflegeberatung](#)" wenden.
- Zudem bietet das Bundesgesundheitsministerium unter www.pflegeleistungen-helfer.de Hilfestellung an und hat ein Bürgertelefon 030 – 340 60 66-02 eingerichtet.
- Eine Übersicht über alle Pflegestützpunkte findet man auf der Internetseite gesundheits-und-pflegeberatung.de.

- Wer mehr wissen möchte zu den Pflegestützpunkten, wird auch auf der [Internetseite zu den Pflegestärkungsgesetzen](#) fündig. **Stichwort: Pflegestützpunkt.**

nach oben

Wie lange dauert ein Verfahren, wenn man Pflegeleistungen beantragt?

Anträge auf Pflegeleistungen müssen innerhalb von 25 Arbeitstagen bearbeitet werden. So sieht es das Gesetz vor. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, in einem Hospiz oder während einer ambulant-palliativen Versorgung muss der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) oder andere unabhängige Gutachter/innen innerhalb einer Woche begutachten.

Voraussetzung für den verkürzten Zeitraum ist, dass die Versorgung der Betroffenen ohne Pflegeleistung nicht sicherzustellen ist oder Angehörige Pflegezeit im Umfang von sechs Monaten in Anspruch nehmen wollen.

Eine zweiwöchige Begutachtungsfrist gilt, wenn der oder die Pflegebedürftige zu Hause lebt ohne palliativ versorgt zu werden und der pflegende Angehörigen Familienpflegezeit für bis zu zwei Jahren in Anspruch nehmen will.

Mehr zum Begutachtungsverfahren erfahren Sie beim Bundesgesundheitsministeriums, **Stichwort [Pflegebedürftigkeit](#).**

nach oben

Wenn ein Angehöriger und Pflege benötigt – kann ich mich dafür von der Arbeit freistellen lassen? Auch wenn die Pflegebedürftigkeit ganz plötzlich kommt?

Zehntägige Auszeit mit Lohnersatzleistung

Wenn plötzlich ein Angehöriger pflegebedürftig wird, können sich Beschäftigte bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit freistellen lassen – auch wenn noch keine Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt ist. Für diese Zeit können sie ein Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung beziehen. Es beträgt 90 Prozent des Nettogehalts. Der Arbeitgeber muss über die voraussichtliche Dauer der Freistellung informiert werden, seine Zustimmung ist nicht notwendig.

Sechs Monate Pflegezeit

Wenn berufstätige Angehörige länger in häuslicher Umgebung pflegen, können sie bis zu sechs Monate Pflegezeit in Anspruch nehmen. Man kann sich während dieser Zeit vollständig freistellen lassen oder Arbeitszeit reduzieren. Voraussetzung: Der Betrieb hat mindestens 15 Beschäftigte. Die Beschäftigten genießen sowohl während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung als auch während einer Pflegezeit einen besonderen Kündigungsschutz.

Bis zu 24 Monate Familienpflegezeit

In einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten können Beschäftigte ihre Arbeitszeit auf bis zu 15

Wochenstunden reduzieren. So gewinnen sie Freiraum, um einen pflegebedürftigen Angehörigen zu betreuen. Das gilt in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten.

Pflegende Angehörige haben einen Anspruch auf ein zinsloses Darlehen, um ihren Lebensunterhalt besser abzusichern. Das Darlehen beantragt man direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) und bekommt es in monatlichen Raten ausgezahlt. Es wird entsprechend der Arbeitszeitreduzierung berechnet und beträgt die Hälfte des Nettogehalts, das durch die Reduzierung fehlt.



[Bild vergrößern](#)

Foto: *Bundesregierung*

Hier mehr Informationen zur [Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf](#).

[nach oben](#)

Wonach richtet sich, wer welche Leistungen bekommt? Wie erfolgt eine Einstufung in die Pflegegrade?

Im Falle der Pflegebedürftigkeit wird der oder die Betroffene in einen der fünf Pflegegrade eingestuft. Begutachtet wird, was die oder der Pflegebedürftige noch selbst kann, - egal ob jemand an einer geistigen und / oder körperlichen Einschränkungen leidet.

Gutachterin oder Gutachter kommen ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung in die Wohnung oder die Pflegeeinrichtung. Es gibt keine unangekündigten Besuche. Beim Termin können auch Angehörige oder Betreuer anwesend sein. Das Gespräch mit ihnen ergänzt das Bild des Gutachters davon, wie selbstständig der Antragsteller noch ist beziehungsweise welche Beeinträchtigungen vorliegen.

Folgende Lebensbereiche – sie werden auch "Module" genannt – werden näher betrachtet:

1. Mobilität: (körperliche Beweglichkeit, zum Beispiel morgens aufstehen vom Bett und ins Badezimmer gehen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Verstehen und reden: zum Beispiel Orientierung über Ort und Zeit, Sachverhalte und begreifen, Erkennen von Risiken, andere Menschen im Gespräch verstehen)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (zum Beispiel Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für sich und andere belastend sind, Abwehr pflegerischer Maßnahmen)

4. Selbstversorgung (zum Beispiel sich selbstständig waschen und ankleiden, essen und trinken, selbständige Benutzung der Toilette)
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen (zum Beispiel Medikamente selbst einnehmen, selbstständige Blutzuckermessung oder gut mit einer Prothese oder dem Rollator zurechtkommen, den Arzt selbständig aufsuchen)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Tagesablauf selbständig gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakte treten oder die Skatrunde ohne Hilfe besuchen)

Mehr dazu unter dem Stichwort [Pflegegrade und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff](#).

nach oben

Welche Leistungen gibt es bei welchem Pflegegrad?

Pflegegrad 1: für Menschen, die nur geringe Beeinträchtigungen haben. Hier geht es vor allem um Leistungen, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen, wie die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Zuschüsse für ein alten- oder behindertengerechtes Wohnumfeld.

Pflegegrad 2: bei erheblichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, Kommunikation oder Gestaltung des Alltagslebens. Menschen mit Pflegegrad 2, die zu Hause gepflegt werden, erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 316 Euro monatlich oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 689 Euro monatlich. Weitere Leistungen können sein: Zuschüsse für Pflegehilfsmittel und zum barrierefreien Wohnungsumbau, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege.

Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten. Menschen mit Pflegegrad 3, die zuhause gepflegt werden, erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 545 Euro monatlich oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 1.298 Euro monatlich. Wenn sie vollstationär im Pflegeheim betreut werden, erhalten sie von der Pflegekasse monatlich 1.262 Euro.

Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten. Menschen mit Pflegegrad 4, die zu Hause gepflegt werden, erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 728 Euro monatlich oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 1.612 Euro monatlich. Wenn sie vollstationär im Pflegeheim betreut werden, unterstützt sie die Pflegekasse monatlich mit 1.775 Euro.

Pflegegrad 5 ist für Menschen gedacht, bei deren Begutachtung schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung festgestellt wurden. Menschen mit Pflegegrad 5, die zu Hause gepflegt werden, erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 901 Euro monatlich oder ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 1.995 Euro monatlich. Für die vollstationäre Pflege im Heim zahlt ihnen die Pflegekasse monatlich 2.005 Euro.

Mehr dazu unter dem Stichwort [Pflegegrade und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff](#).

nach oben

Wenn ich als Angehörige(r) jemanden aus der Familie pflege und ich möchte einmal in den Urlaub fahren oder bin ausgepowert und brauche eine Kur – geht das? Was passiert dann mit derjenigen / demjenigen, die / den ich pflege?

Fährt die private Pflegeperson in den Urlaub oder kann wegen Krankheit nicht selbst pflegen, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege. Diese sogenannte **Verhinderungspflege** kann etwa durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte oder ehrenamtlich Pflegende erfolgen.

Die Ersatzpflege kann bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Voraussetzung: Die pflegebedürftige Person hat mindestens Pflegegrad 2 und wurde bereits mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt.

Daneben gibt es die **Kurzzeitpflege**. Sie ist gedacht für Menschen, die normalerweise zu Hause gepflegt werden, aber kurzfristig mehr Pflege benötigen, die zu Hause nicht möglich ist. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn nach einer Operation für einen vorübergehenden Zeitraum aufwendiger gepflegt werden muss. Um die vollen Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen zu können, muss der Pflegebedürftige mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft sein. Wer Pflegegrad 1 hat, kann den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Seit der Einführung der Pflegestärkungsgesetze können die Leistungen aus Kurzzeit- und Verhinderungspflege weitgehend kombiniert werden. Maximal acht Wochen lang können jetzt zusätzliche Leistungen in Höhe von bis zu 3.224 Euro beantragt werden.

Weitere Informationen hier zur [Verhinderungspflege/Urlaubsvertretung](#) und zur [Kurzzeitpflege](#).

nach oben

Stehen Pflegebedürftigen auch Leistungen für notwendige Umbauten in der Wohnung zu?

Die Pflege zu Hause wird manchmal leichter, wenn die Wohnung entsprechend ausgestattet ist. Wer einen Rollstuhl braucht, kommt nur durch die Türen, wenn sie breit genug und einfach zu bedienen sind. Auch das Bad muss dann behindertengerecht sein. Wer schlecht sieht, braucht vielleicht in der Küche andere Schalter, um noch den Herd sicher bedienen zu können. Oder Schwellen müssen zwischen den Zimmern entfernt werden, damit der Rollator nicht ins Stocken kommt.

Dafür kann man bei der Pflegeversicherung Zuschüsse beantragen. Die Pflegekasse kann bis zu 4.000 Euro zuschießen. Wohnen mehrere Pflegebedürftige zusammen sogar bis 16.000 Euro. Bevor man mit dem Umbau beginnt, sollte man den Zuschuss beantragen, damit man weiß, wie hoch die eigenen Kosten sind. Ändert sich die Pflegesituation und weitere Umbauten sind notwendig, kann wiederum ein Zuschuss beantragt werden.

Anspruch auf einen Zuschuss zur Wohnungsanpassung haben Pflegebedürftige aller Pflegegrade. Denn Ziel von Wohnungsumbauten ist, dass Pflegebedürftige möglichst selbstständig leben können.

Mehr Informationen dazu unter dem Stichwort
[Umbaumaßnahmen/Wohnungsanpassung im Pflegefall](#).

nach oben

Wenn ich Angehörige pflege, erwerbe ich Rentenansprüche?

Wer Angehörige pflegt, steckt beruflich oft zurück. Mancher kann neben der Pflege gar nicht mehr berufstätig sein. Die Pflegeversicherung zahlt für pflegende Angehörige unter bestimmten Voraussetzungen **Rentenversicherungsbeiträge** - unabhängig davon, ob die oder der Angehörige vor Beginn der Pflege berufstätig war oder nicht.

Wer mindestens 10 Stunden in der Woche pflegt, verteilt auf wenigstens zwei Tage pro Woche, kann Rentenansprüche erwerben. Voraussetzung: Die pflegebedürftige Person ist mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft. Bislang betrug der wöchentliche Mindestaufwand 14 Stunden. Voraussetzungen sind, dass die Pflegeperson im Hauptberuf pflichtversichert ist, neben der Pflege nicht mehr als 30 Stunden berufstätig ist und die Pflege in häuslicher Umgebung erfolgt.

Die Pflegekasse zahlt Rentenversicherungsbeiträge zwischen 105,15 und 556,33 Euro monatlich (Werte 2017 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 94,01 und 497,42 Euro monatlich (Werte 2017 – neue Bundesländer). Die Pflegepersonen werden so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt zwischen 562,28 und 2.975,00 Euro monatlich (Werte 2017 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 502,74 und 2.660,00 Euro monatlich (Werte 2017 – neue Bundesländer) erhalten. Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pflegetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 5,54 und 29,30 Euro (Wert: 1. Januar 2017 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 5,22 und 27,60 Euro (Wert: 1. Januar 2017 – neue Bundesländer).

Welche Rentenanwartschaften für Zeiten der Pflege genau entstehen, darüber erteilt die [Beratungsstelle des Rentenversicherungsträgers](#) Auskunft.

Für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, um sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern, bezahlt die Pflegeversicherung die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls sie nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gleich am Arbeitsmarkt Fuß fassen. Das gilt auch für diejenigen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Mehr dazu beim online-ratgeber-pflege unter dem Stichwort
[Pflege von Angehörigen zu Hause](#).

nach oben

Wie ist das bei Pflegepersonen mit der Unfall- und Krankenversicherung?

Wer als Pflegeperson einen nahestehenden Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Das gilt auch für den direkten Hin- und Rückweg zum Ort der Pflegetätigkeit.

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bleibt in der Regel während der Pflegezeit erhalten, da in dieser Zeit häufig die Voraussetzungen einer Familienversicherung erfüllt sind. Sollte das nicht so sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen.

Eine private Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung bleibt grundsätzlich während der Pflegezeit bestehen. Wenn Pflegezeit beantragt wurde, übernimmt die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person in allen Pflegegraden auf Antrag den Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags wie bei den Sozialversicherten.

nach oben

Der Platz im Pflegeheim ist teurer als die Leistungen der Pflegekasse. Wer zahlt dafür? Müssen Angehörige einspringen, wenn nicht genug Geld da ist?

Die Pflegeversicherung ist eine "Teilleistungs-Versicherung". Das heißt: Sie deckt nicht alle Kosten der Pflege ab, Pflegebedürftige oder ihre Familie müssen einen zumutbaren Teil der Pflegekosten selbst tragen.

Kosten für Verpflegung und Unterkunft werden nie von der Pflegeversicherung übernommen, da diese Kosten für jeden anfallen – egal, ob man Zuhause wohnt oder als Pflegebedürftiger in einer stationären Einrichtung. Daher gibt es immer einen Eigenanteil, der hierfür zu zahlen ist. Wie hoch dieser ausfällt, hängt von der Pflegeeinrichtung ab. Die Spannweite geht von Basic bis zum gehobenen Standard.

Davon zu unterscheiden sind die Kosten für die Pflege. Das ist von Heim zu Heim unterschiedlich. Die Pflegekassen geben Auskunft, wie hoch die Pflegesätze in den einzelnen Heimen sind. Heimbewohner müssen nicht fürchten, dass ihr Eigenanteil an den Pflegekosten steigt, wenn aufgrund höheren Pflegebedarfs die Pflegekosten steigen. Denn seit dem 1. Januar 2017 bezahlen alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in einem Pflegeheim den gleichen pflegebedingten Eigenanteil.

Egal, wo ein Pflegebedürftiger wohnt - egal, wieviel Pflege jemand braucht: Zunächst muss jeder für seine laufenden Kosten selbst aufkommen: mit dem eigenen Einkommen aus Rente oder Mieteinnahmen oder seinem Vermögen.

Wenn ein Pflegebedürftiger dies nicht mehr kann und auch keinen Ehepartner hat, der für die Kosten aufkommt, springt der Staat ein. Doch das Sozialamt wird dann prüfen, ob die Kinder die Eltern mitfinanzieren können.

Eine Unterhaltspflicht von Kindern gegenüber ihren bedürftigen Eltern besteht übrigens in der Regel immer. Geregelt ist dies im vierten Buch des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Darin steht aber auch, dass Kinder nur dann herangezogen werden können, wenn sie selbst finanziell in der Lage sind. Außerdem steht ihnen ein sogenannter Selbstbehalt zu. In der Regel wird hier ein großzügig erhöhter Eigenbedarf anerkannt – höher als beim Kindesunterhalt.

Auch Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner möchten sich den einen oder anderen Wunsch erfüllen, der über das reguläre Angebot des Pflegeheims hinausgeht. Sei es der Kuchen im

hauseigenen Café, die Tageszeitung vom Kiosk oder neue Kleidung. Für finanziell gut gestellte Bewohner kein Problem. Wer auf Sozialhilfe angewiesen ist, erhält für die kleinen Wünsche des Alltags in der Regel gut 110 Euro pro Monat Taschengeld (Stand 2017). Geregelt ist die im Paragraf 27b Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölf (XII). Einen Überblick über zugelassene Pflegeheime und die dort jeweils geltenden Pflegesätze und weitere berechenbaren Kosten geben die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen kostenfrei zur Verfügung stellen.

Weitere Informationen sind in der Broschüre "[Ratgeber Pflege](#)" auf der Seite 196 zu finden.

nach oben

Wie finde ich einen guten Pflegedienst oder ein gutes Pflegeheim?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Prüfdienst der PKV) konzentrieren sich auf den Pflegezustand der Menschen, nicht nur wie es dokumentiert wurde. Sie schauen sich genau an, ob und wie Pflegemaßnahmen wirken und ob es Hinweise auf Defizite gibt – wie etwa Druckgeschwüre oder Mangelernährung. Außerdem berücksichtigen sie die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen.

Alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste werden regelmäßig einmal im Jahr (Regelprüfung) vom MDK, vom Prüfdienst der PKV oder von einer beziehungsweise einem beauftragten Sachverständigen geprüft. Grundsätzlich werden alle Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unangemeldet durchgeführt. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen.

In **Pflegeheimen** werden vier Teilbereiche untersucht:

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

Bei **ambulanten Pflegediensten** werden drei Bereichen untersucht:

1. pflegerische Leistungen,
2. ärztlich verordnete pflegerische Leistungen,
3. Dienstleistung und Organisation.

Außerdem werden die Heimbewohner oder Kunden befragt. Die Noten dafür werden separat ausgewiesen.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung können bei der Pflegeeinrichtung eingesehen werden. Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass sie in sogenannten Transparenzberichten verbraucherfreundlich und kostenfrei veröffentlicht werden, beispielsweise im Internet oder im Pflegestützpunkt.

Die Transparenzberichte sollen auch in den Pflegeeinrichtungen an gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung, mit dem Datum der letzten MDK-Prüfung oder des Prüfdienstes

der PKV, mit einer Zusammenfassung der aktuellen Prüfergebnisse sowie mit einer Einordnung des Prüfergebnisses ausgehängt werden.

Die bisherigen Pflegenoten haben sich als nicht aussagekräftig genug erwiesen. Deshalb sieht das Zweite Pflegestärkungsgesetz vor, dass der "Pflege-Tüv" mit wissenschaftlicher Unterstützung grundsätzlich überarbeitet wird. Dazu wird aktuell ein neues Messverfahren entwickelt, das vor allem auf die Ergebnisse der pflegerischen Versorgung schaut. So soll es für den stationären Bereich ab 2018 und für die ambulante Pflege ab 2019 ein neues Bewertungssystem geben.

Bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung kann helfen www.heimverzeichnis.de.

Stand: Juli 2017

nach oben

NEWSLETTER

HOME

KONTAKT

Sprachauswahl: **DEUTSCH**

Impressum

Datenschutzerklärung

© 2017 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung