

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Warum gibt es jetzt Noten für die Qualität der Pflege?

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, die für Verbraucher relevanten Prüfergebnisse der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) der Öffentlichkeit laienverständlich zugänglich zu machen. Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband, die Sozialhilfeträger und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik nach Noten von 1 bis 5 entschieden. Noten kennt jeder aus seiner eigenen Erfahrung in der Schule und weiß diese einzuordnen. Sie sorgen für mehr Transparenz bei den Angeboten von Pflegeheimen und -diensten. Auf einen Blick sollen Pflegebedürftige und deren Angehörige sehen, ob die Dienstleister gute pflegerische Arbeit leisten, noch Entwicklungspotenzial haben oder Missstände abstellen müssen.

Wäre nicht eine Ampelbewertung besser gewesen als Noten?

Auch eine Ampellösung hätte sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes als klares, aussagekräftiges Instrument angeboten. In den Verhandlungen mit den Sozialhilfeträgern und den Vertretern der Dienste und Heime hat sich jedoch das Notensystem durchgesetzt. Das Notensystem ist für sich allein so aussagekräftig und differenziert, dass die Qualität der Pflegeeinrichtungen damit gut unterschieden werden kann.

Lehnen sich die Pflegenoten an die Schulnotensystematik an?

Ja. Die für die Transparenzvereinbarung herangezogene Notensystematik lehnt sich bewusst an die Schulnoten an. Bekannt ist ein solches Vorgehen der breiten Öffentlichkeit auch von der Bewertung von Dienstleistungen und Produkten durch die Stiftung Warentest. Es gibt die Noten „sehr gut“ (1,0) bis „mangelhaft“ (5,0). Auf die Verwendung der Note „ungenügend“

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



wurde verzichtet, weil am unteren Ende eine weitere Differenzierung für die Verbraucher nicht hilfreich ist.

Wie entsteht die Gesamtnote in Heimen?

Basis für die Noten sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und gleichwertigen Prüfergebnissen von anderen Prüfinstitutionen. Diese Noten setzen sich aus insgesamt 82 Einzelbewertungen zusammen, die im Rahmen der gesetzlichen Überprüfung der Heime durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen ermittelt werden. Die Gesamtnote in der stationären Pflege wird aus 64 Einzelkriterien gebildet, die vier Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet dabei der Bereich "Pflege und medizinische Betreuung". Aus diesem Bereich werden 35 Qualitätskriterien abgebildet. Außerdem werden noch die Ergebnisse der Themen "Umgang mit demenzkranken Bewohnern" (10 Kriterien), die "Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung" (10 Kriterien) sowie "Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene" (9 Kriterien) erfasst.

Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt eine bestimmte Note. Die Gesamtnote wird ermittelt, indem der Mittelwert der Punkte für die Kriterien 1 bis 64 errechnet und diesem eine Note zugeordnet wird.

Für den Nutzer ist auch die Zusammensetzung der Kriterien des Bereichs- sowie der Gesamtnote nachvollziehbar hinterlegt. Neben den numerischen Angaben (1,0 – 5,0) wird es auch eine verbale Erläuterung („sehr gut“ bis „mangelhaft“) geben. Die Bewohnerbefragung (18 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein. Sie wird separat als Bereichsergebnis ausgewiesen. Um die Gesamtnote richtig einordnen zu können, wird auch ein Landesdurchschnitt in dem Bundesland ermittelt.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wie entsteht die Gesamtnote bei den Pflegediensten?

Basis für die Noten bilden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und gleichwertigen Prüfergebnissen von anderen Prüfinstitutionen. Sie setzen sich aus insgesamt 49 Einzelbewertungen zusammen, die die MDK-Mitarbeiter im Rahmen der gesetzlichen Überprüfungen der Pflegedienste ermitteln. Die Gesamtnote in der ambulanten Pflege wird aus 37 Einzelkriterien gebildet, die drei Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet der Bereich „pflegerische Leistungen“. Aus diesem Bereich werden 17 Qualitätskriterien abgebildet. Hinzu kommen die Ergebnisse der Themen „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (10 Kriterien) sowie „Dienstleistung und Organisation“ (10 Kriterien).

Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt eine bestimmte Note. Die Gesamtnote wird ermittelt, indem der Mittelwert der Punkte für die Kriterien 1 bis 37 errechnet und diesem eine Note zugeordnet wird.

Für den Nutzer nachvollziehbar hinterlegt ist die Zusammensetzung der Kriterien des Bereichs- sowie der Gesamtnote. Neben den numerischen Angaben (1,0 – 5,0) wird es auch eine verbale Erläuterung („sehr gut“ bis „mangelhaft“) geben.

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

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Warum werden die Bewohner/Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote mit einbezogen?

Die Befragung der Heimbewohner und Kunden von Pflegediensten bietet die persönliche Sicht der Pflegebedürftigen sowohl auf die Pflegekräfte als auch auf Service und Einrichtung. Diese Aussagen stellen eine wichtige Ergänzung zu den Prüfergebnissen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen dar, deren Fokus verstärkt auf medizinisch-pflegerischen Aspekten liegt. Es ist methodisch sinnvoll, die fachliche Beurteilung auf der einen Seite von der subjektiven Beurteilung auf der anderen Seite deutlich zu trennen.

Was wird bei der Prüfung in den Heimen bewertet?

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

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

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Heimbewohnerbefragung. Die Noten hierfür werden jeweils separat ausgewiesen.

Was wird bei der Prüfung von Pflegediensten bewertet?

Bei ambulanten Diensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

1. Pflegerische Leistungen
2. ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (z. B. Arzneimittelverabreichung, Blutdruckmessung)

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



3. Dienstleistung und Organisation (z. B. Einhaltung des Datenschutzes, Schulung der Mitarbeiter).

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Kundenbefragung. Die Noten hierfür werden jeweils separat ausgewiesen.

Qualität wird in die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt. Dies gilt auch für die Pflegequalität. Wird auf eine der drei Dimensionen besonderes Gewicht gelegt? Der Schwerpunkt der Transparenzvereinbarungen liegt eindeutig auf der Ergebnisqualität. Denn bei den Transparenzvereinbarungen geht es nicht um die Dokumentation, sondern um die pflegebedürftigen Menschen. Allerdings wird die Ergebnisqualität von der Struktur- und Prozessqualität beeinflusst.

Im stationären Bereich sind die Kriterien des größten Bewertungsbereichs 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ mit 35 Kriterien nahezu vollständig der Ergebnisqualität zuzuordnen. Im Bewertungsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ gehören fünf der zehn Kriterien zur Ergebnisqualität. Die Bewertungsbereiche 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ (10 Kriterien) und 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ (9 Kriterien) bilden vorrangig die Prozess- und Strukturqualität ab. Hier wird beispielsweise gefragt, ob die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement oder ein Angebot zur Sterbebegleitung verfügt. Der Bewertungsbereich 5 „Befragung der Bewohner“ (18 Kriterien) bildet Ergebnisqualität aus der Sicht der Bewohner ab.

In der ambulanten Pflege ist diese Gewichtung zwischen Ergebnisqualität sowie Struktur- und Prozessqualität ähnlich verteilt.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Welchen Anteil bei der Prüfung hat die Begutachtung der Pflegedokumentation, welchen Anteil das Gespräch mit den Pflegebedürftigen und Pflegern?

Die Transparenzvereinbarungen zielen darauf ab, dem Verbraucher ein umfassendes Bild von der Versorgung und Betreuung zu geben. Auch die Lebensqualität ist entscheidend.

Daher ist es notwendig, alle Blickwinkel zu berücksichtigen. Hierzu zählt insbesondere das persönliche Gespräch mit den Betroffenen, in dem der Gesamtzustand (körperlich und geistig) eingeschätzt wird, und auch das Gespräch mit dem Pflegepersonal sowie ggf. den Angehörigen. Bei der Bewertung fließt selbstverständlich auch die Pflegedokumentation mit ein. Nur so ist es möglich, eine umfassende Gesamtbetrachtung zu erreichen.

Können schlechte Einzelnoten in den wichtigen Versorgungsbereichen durch gute Noten in anderen Bereichen ausgeglichen werden?

Rein rechnerisch ist das bei den Noten für die Qualitätsbereiche und bei der Gesamtnote nicht auszuschließen, nicht hingegen bei den Einzelnoten. Da aber immer mehrere Kriterien für die wichtigen Bereiche der pflegerischen Versorgung erhoben werden, lässt sich gute wie auch schlechte Pflege erkennen.

So gibt es in der stationären Transparenzvereinbarung sechs Transparenzkriterien, die sich anhand verschiedener Aspekte mit dem Themenbereich Dekubitusrisiko, Vermeidung eines Dekubitus und Versorgung eines Dekubitus bzw. chronischer Wunden befassen.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Zur Erfassung des Dekubitusrisikos werden alle Personen der 10-prozentigen Zufallsstichprobe berücksichtigt. Die Frage, ob die erforderlichen Dekubitus-Prophylaxen durchgeführt werden, bezieht sich nicht auf die vollständige 10-prozentige Stichprobe, sondern nur auf die Personen der Stichprobe mit Dekubitusrisiko. Würden beispielsweise bei drei von sechs Bewohnern mit Dekubitusrisiko die erforderlichen Prophylaxen nicht ausreichend erbracht, erhält das Kriterium die Note 4,1 auf der fünfstufigen Notenskala. Das wäre sicherlich kein befriedigendes Ergebnis für die Pflegeanbieter.

Wer prüft die Heime/Dienste?

Die Heime und Pflegedienste werden durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) geprüft. Alle 11.029 Heime und alle 11.500 Pflegedienste¹ in Deutschland sollen bis zum Jahresende 2010 einmal geprüft sein. Ab 2011 schreibt der Gesetzgeber mindestens eine jährliche Regelprüfung durch den MDK vor.

Wie viele Personen prüfen in der Regel?

Das Prüfteam besteht in der Regel aus zwei Pflegefachkräften, die über Berufserfahrung und besonderes Know-How im Qualitätsmanagement verfügen. Diese Prüfer sind Mitarbeiter des regionalen MDK.

Wie lange dauert eine Prüfung (inkl. 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

¹ Angaben laut Statistischem Bundesamt 2007

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



man auf ca. fünf Arbeitstage, gerechnet auf eine Person.
Tatsächlich arbeiten natürlich mehrere Mitarbeiter an der Vor- und Nachbereitung einer Prüfung.

Welche Arten von Prüfungen gibt es?

Regelprüfung: gesetzlich vorgesehene regelmäßige MDK-Prüfung. Geprüft werden die in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) definierten Mindestprüfinhalte. Darin enthalten sind die für die Veröffentlichung vereinbarten Transparenzkriterien.

Anlassprüfung: MDK-Prüfung aus besonderem Anlass (Beschwerde). Geprüft werden die in der QPR definierten Mindestprüfinhalte einschließlich Transparenzkriterien, nach Möglichkeit werden der Beschwerdegrund und der Beschwerdeführer in die Prüfung einbezogen.

Wiederholungsprüfung: Prüfung, um zu sehen, ob festgestellte Mängel beseitigt wurden. Die personenbezogenen Prüfkriterien werden immer vollständig neu erhoben.

Wann wird eine Wiederholungsprüfung nötig?

Kommen die Prüfer in einer Anlass- oder Regelprüfung zu dem Ergebnis, dass das Heim/der Dienst weder den gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an Pflege- und Servicequalität gerecht wird noch wissenschaftliche Standards in der Pflege beachtet, können sie die Einrichtung verpflichten, diese Mängel bis zu einem bestimmten Termin abzustellen. Es erfolgt dann eine Wiederholungsprüfung. Es ist aber auch möglich, dass die Pflegeeinrichtung selbst eine Wiederholungsprüfung beantragt, damit die durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen ihren Niederschlag in der Transparenzveröffentlichung finden und der Pflegeeinrichtung kein Wettbewerbsnachteil entsteht. Beide

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Varianten der Wiederholungsprüfung sind für die Pflegeeinrichtung kostenpflichtig.

Wie schnell kann nach einer Prüfung die Note veröffentlicht werden?

Nach Abschluss der Prüfung durch den MDK haben die Pflegeeinrichtungen 28 Tage Zeit, den Prüfbericht durch einen Kommentar und eine Selbstauskunft zu ergänzen. Erst danach können die Noten veröffentlicht werden. Entsprechend der Transparenzvereinbarungen vergehen also ca. fünf Wochen von der Prüfung bis zur abschließenden Veröffentlichung.

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

Die Bewohner von Heimen und die Kunden von ambulanten Pflegediensten werden vor Ort nach einem Zufallsprinzip durch das Prüfteam ausgewählt. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen zu gewährleisten, wird diese Stichprobe nach der Pflegestufenverteilung in der Pflegeeinrichtung geschichtet. D. h., wenn bei 20 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeeinrichtung die Pflegestufe 3 festgestellt wurde, dann müssen auch in der Zufallsstichprobe 20 Prozent Pflegebedürftige mit Stufe 3 berücksichtigt sein. In die Prüfung werden in der Regel zehn Prozent der Pflegebedürftigen sowohl bei Heimen als auch bei Diensten einbezogen, mindestens jedoch 5 und maximal 15. Damit wird eine aussagekräftige Stichprobe gewährleistet.

Werden die Heime und Dienste vorab informiert, dass sie geprüft werden?

In der Vergangenheit war es in einigen Bundesländern so, dass die Heime vorab informiert wurden. Seit Juli 2008 prüfen die

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Medizinischen Dienste die Heime und Pflegedienste grundsätzlich unangemeldet.

Was heißt „gleichwertige Prüfung“?

Neben den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) können Pflegeeinrichtungen oder deren Träger auch private Anbieter mit einer externen Qualitätsprüfung beauftragen. Diese muss den Qualitätsanforderungen der MDK-Prüfung entsprechen. Handelt es sich dabei um Prüfungen, die den Qualitätsanforderungen der Pflegekassen entsprechen, können diese so genannten gleichwertigen Prüfungen die Prüfung durch den MDK inhaltlich reduzieren. Diese Möglichkeit zur Kürzung der MDK-Prüfung besteht für Teile der Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität prüft der MDK jedoch auch bei diesen Einrichtungen. Die Anforderungen an gleichwertige Prüfungen werden von den Vertragspartnern (GKV-Spitzenverband, Leistungserbringerverbände, Sozialhilfeträger) festgelegt.

Eine wesentliche Anforderung an diese Prüfverfahren muss sein, dass auch deren Prüfergebnisse regelmäßig veröffentlicht werden. Und zwar auch dann, wenn die Prüfung nicht erfolgreich bzw. die Ergebnisse schlecht waren.

Warum durften die Pflegeleistungserbringer mitentscheiden über das Bewertungssystem?

Das Sozialgesetzbuch schreibt in den Paragraphen 114 Abs. 7 sowie 115 Abs. 1a SGB XI vor, dass die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband und den Sozialhilfeträgern die Kriterien und die Bewertungssystematik vereinbaren.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wann sind die Prüfungen nach neuem Prüfschema durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gestartet?
Die Prüfungen nach neuem Prüfschema werden seit 1. Juli 2009 durchgeführt.

Wann wurden die ersten Noten für Pflegeheime und Pflegedienste vergeben?

Nachdem die neue Prüfrichtlinie durch das Bundesgesundheitsministerium Ende Juni 2009 genehmigt wurde und seit 1. Juli 2009 die Prüfungen nach dem neuen Fragenschema laufen, wurden am 1. Dezember 2009 die ersten Prüfergebnisse für Pflegeheime im Internet veröffentlicht.

Alle Heime und Pflegedienste sollen bis Ende 2010 durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüft werden. Das erfolgt Schritt für Schritt. Also wird es auch erst nach und nach für alle Einrichtungen Noten geben. Rückwirkend können keine Noten vergeben werden, weil die bisherigen Prüfgrundlagen des MDK nicht vollständig die Transparenzsystematik abbildeten.

Wer veröffentlicht die Pflegenoten?

Für die Veröffentlichung der Pflegenoten sind laut Gesetz die Landesverbände der Pflegekassen zuständig (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Sie sollen die Leistungen der Pflegeanbieter für Pflegebedürftige und deren Angehörige verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet veröffentlichen. Ein besonderer Akzent soll bei der Darstellung der MDK-Prüfergebnisse auf die Ergebnis- und Lebensqualität gelegt werden, schreibt der Gesetzgeber vor. Auch die Pflegeanbieter sind verpflichtet, die Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle zu veröffentlichen.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wie ist das Verfahren der Veröffentlichung?

Die Landesverbände der Pflegekassen übersenden die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse der MDK-Prüfungen den Pflegeeinrichtungen/-diensten. Diese können den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Kalendertagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Innerhalb dieser Frist können Hinweise zu der Veröffentlichung gegeben werden und sollen auch strittige Fragen zwischen der Pflegeeinrichtung/ dem Pflegedienst und den Landesverbänden geklärt werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht. Die Pflegeeinrichtungen hängen die Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle im Pflegeheim bzw. Pflegedienst aus.

Sofern gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI über den ambulanten Pflegedienst vorliegen, übersendet dieser die Unterlagen den Landesverbänden der Pflegekassen zur unverzüglichen Veröffentlichung. Analog ist mit weiteren Prüfergebnissen zu verfahren.

Warum dauerte es so lange, bis die ersten Noten vorlagen?

Der Startschuss für mehr Transparenz in der Pflege fiel im Sommer 2008. Mit Inkrafttreten der letzten Pflegereform begannen der GKV-Spitzenverband, die Sozialhilfeträger und die Vertreter der Pflegeheime und -dienste, Schritt für Schritt die Umsetzung zu organisieren. Nach nicht immer einfachen Gesprächen verständigten sich beide Seiten im Herbst 2008 auf die grundlegende Entscheidung, Pflegenoten einzuführen. Im Anschluss daran konnten Ende 2008 (stationär) bzw. Anfang 2009 (ambulant) die konkreten Kriterien verabschiedet werden, anhand derer die Qualität bewertet werden soll. Bis Ende April

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



2009 wurde die Prüfanleitung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen an die neuen Kriterien angepasst. Für die Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien hatte der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit dem MDS und den Pflegekassen einen Vorschlag unterbreitet und diesen Mitte Mai im Rahmen einer Anhörung zur Diskussion gestellt. Innerhalb weniger Wochen erfolgten die Auswertung und eine Anpassung der Prüfrichtlinien, die die Grundlage der Qualitätsprüfungen für den ambulanten wie stationären Bereich bilden. Das BMG hat die Richtlinien Ende Juni 2009 genehmigt. Erst dann konnten am 1. Juli 2009 die Prüfungen starten.

Was passiert, wenn ein Heim/Dienst schlechte Noten erhält?
Bei gravierenden Qualitätsmängeln erteilen die Landesverbände der Pflegekassen der Pflegeeinrichtung einen Bescheid mit Maßnahmen und Fristen zur Qualitätsverbesserung. Ob die Maßnahmen umgesetzt worden sind, wird ggf. in einer Wiederholungsprüfung festgestellt.

Mögliche Sanktionsmöglichkeiten der Pflegekassen sind die Kürzung der Vergütung oder verpflichtende Fortbildungsmaßnahmen für die Pflegedienstleitung. In schwerwiegenden Fällen kann der Versorgungsvertrag – ggf. auch fristlos unmittelbar nach einer Prüfung – gekündigt werden.

Wer entscheidet über eine Heimschließung?
Über die Schließung eines Heimes entscheidet die jeweilige Heimaufsicht des Bundeslandes. Welche regionale Behörde das im Einzelfall ist, variiert von Bundesland zu Bundesland. In zehn Bundesländern gibt es eine Art Ländermodell, in sechs Bundesländern dagegen ist die Heimaufsicht der Kommunalverwaltung (Kreisen und Gemeinden) zugeordnet. In

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



aller Regel agieren Pflegekassen und Heimaufsichten in solchen Fällen miteinander. Wenn der Versorgungsvertrag durch die Pflegekassen gekündigt wird, wird auch angestrebt, dass das Heim durch die Heimaufsicht geschlossen wird.

Wie schnell kann ein Heim geschlossen werden?

In extremen Notsituationen innerhalb weniger Stunden. In der Regel sollten Mängel jedoch früh auffallen, damit die Möglichkeit besteht, sie ohne Schaden für die Heimbewohner abzustellen.

Was passiert mit den Heimbewohnern, wenn ein Heim geschlossen wird?

Die Pflegekassen können den Versicherten andere Pflegeheime empfehlen. Wenn ein Heim von der Heimaufsicht geschlossen wird, wird es von der Heimaufsicht geräumt und die Bewohner in andere Einrichtungen verlegt.

Mussten neue Prüfer eingestellt werden?

Um die erhöhte Prüffrequenz nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz umsetzen zu können, haben die MDK bereits im Jahre 2008 teilweise begonnen, ihr Prüfpersonal aufzustocken. Dieser Prozess wird sich schrittweise bis 2011 fortsetzen, sodass ab 2011 jährlich alle Pflegeeinrichtungen einmal geprüft werden können.

Wie viel kostet eine Prüfung durch den MDK?

Eine vollständige Prüfung kostet insgesamt etwa 4500 Euro.