

Für eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen

Das 5-Punkte-Sofortprogramm für eine
Pflegeversicherung, die den Bedürfnissen der
Menschen gerecht wird.

1. **Flexibles, sektorenübergreifendes Pflege-Budget** einführen, um die Leistungen der Pflegeversicherung einfacher zu gestalten, Bürokratie abzubauen und informelle Pflege zu stärken.
2. **Leistungen passgenau ausgestalten** – insbesondere Pflegegrad 1 konsequent präventiv ausrichten, um Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu vermeiden.
3. **Pflegeberatung bedarfsgerechter und vorbeugender gestalten**, indem bestehende Instrumente zielgerichteter eingesetzt und sinnvoll miteinander verknüpft werden.
4. **Bürokratie abbauen und Digitalisierung vorantreiben** – u. a. durch ein zentrales Pflegeportal für alle Akteure und die konsequente Nutzung der elektronischen Patientenakte in der Pflege.
5. **Qualitätssicherung weiterentwickeln**, damit Prüfergebnisse für Pflegebedürftige und Angehörige verständlich und zugänglich sind.

Zusammenfassung

Die pflegerische Versorgung in Deutschland steht vor tiefgreifenden Herausforderungen: mehr Pflegebedürftige, wachsender Fachkräftemangel und ein zunehmend komplexes Leistungsrecht. Gleichzeitig tragen informell Pflegende (Angehörige, Nachbarn, Ehrenamtliche) die Hauptlast der Versorgung – rund 67 Prozent aller Pflegebedürftigen werden von ihnen zu Hause betreut. Dieses Engagement verdient nicht nur Anerkennung, sondern gezielte strukturelle Unterstützung.

In der öffentlichen Debatte zur Zukunft der Pflegeversicherung dominiert derzeit die Frage der Finanzierung. Bessere Versorgung und finanzielle Entlastung müssen kein Widerspruch sein: Das Sofortprogramm stärkt die Souveränität der Pflegebedürftigen und entlastet gleichzeitig das Gesamtsystem durch eine Verschlankung des Regelwerks, mehr Transparenz, schnellere Prozesse und eine stärkere Fokussierung auf Prävention. Die vorgeschlagenen Maßnahmen tragen insbesondere dazu bei, Bürokratie abzubauen und den Eintritt schwerer Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinauszuzögern. Gleichzeitig werden sowohl informelle als auch professionelle Pflegekräfte entlastet.

Der Leitgedanke ist dabei klar: **Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen passgenau und zielgerichtet eingesetzt werden. Es dürfen nur Leistungen finanziert werden, die Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung zukommen lassen, die sie allein aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen.**

Das 5-Punkte-Sofortprogramm setzt auf Vereinfachung, Transparenz und Selbstbestimmung – damit auf eine Pflegeversicherung, die den Bedürfnissen der Menschen dient, nicht der Verwaltung ihrer Ansprüche.

1. Budget einführen und informelle Pflege gezielt stärken

Leistungsrecht vereinfachen – Budget einführen

→ **Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen durch ein Budget ersetzt und dadurch verständlicher, vereinfacht und flexibilisiert werden. Die Versicherten entscheiden dabei selbst, wie sie ihre Pflege gestalten.**

Die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung ermöglichen bereits jetzt eine individuell auf die Bedürfnisse der Versicherten abgestimmte Zusammenstellung der pflegerischen Versorgung. Das Leistungsrecht des SGB XI ist jedoch nicht transparent genug, so dass die Pflegebedürftigen diese Möglichkeiten nicht immer nutzen. Eine deutliche Vereinfachung kann durch ein Budget erreicht werden. Dies führt für alle Beteiligten zu Entlastungen, z. B. weil Anträge reduziert werden, und zu mehr Transparenz, weil die Regelungen weniger komplex und verständlicher sind. Das Budget muss entsprechend der individuellen Bedürfnisse flexibel einsetzbar sein. Die Versicherten entscheiden dabei selbst, wie sie ihre Pflege gestalten.

Das Budget tritt an die Stelle der heutigen ambulanten und stationären Sachleistungen, d. h. die Trennung ambulant/stationär entfällt künftig bei der Kostenübernahme durch die Gesetzliche Pflegeversicherung. Das Budget ist sektorenübergreifend. Das Budget wird nicht pauschal ausgezahlt und kann in voller Höhe für Leistungen der professionellen Pflege genutzt werden. In der ambulanten Pflege können mit dem Budget die bisherigen Sachleistungen finanziert werden (z. B. Inanspruchnahme eines Pflegedienstes), bei vollstationärer Pflege die pflegebedingten Aufwendungen. Die Höhe des Budgets wird nach Pflegegraden gestaffelt. Alternativ kann die Hälfte des Budgets für die Pflege durch Ehrenamtliche genutzt werden, z. B. durch Nachbarn, die sich mit einem Pflegekurs qualifiziert haben. Das stärkt insbesondere die häusliche Pflege und entlastet pflegende An- und Zugehörige.

Pflegegeld bleibt weiterhin eine Leistung des SGB XI. Es wird auf die Hälfte des Budgetbetrages festgesetzt. Wird das Budget für Sachleistungen nicht voll ausgeschöpft, erhalten Versicherte parallel ein anteiliges Pflegegeld.

Es steht z. B. ein Budget von 800 Euro monatlich zur Verfügung. Werden 400 Euro des Budgets für die Pflege durch einen Nachbarn genutzt, und wird der restliche Budget-Betrag nicht genutzt, wird noch ein Pflegegeld in Höhe von 200 Euro für die Pflege durch z. B. Angehörige gezahlt. So stehen insgesamt 600 Euro für die Pflege durch informell Pflegenden zur Verfügung.

Wenn man sich bei der Höhe des Budgets an den Beträgen der ambulanten Pflegesachleistung orientiert, würde dies zu Minderausgaben in Höhe von 4,1 Mrd. Euro führen.

Häusliche Pflege stärken, informelle Pflege gezielt fördern

→ **Die informell Pflegenden sollen durch das neue Budget besonders unterstützt werden. Das stärkt die häusliche Pflege.**

67 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause von informell Pflegenden, also pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden, betreut und gepflegt (Stand 2023). Sie tragen die Hauptlast der Pflege. Ihnen kommt daher angesichts des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels

eine wichtige Bedeutung für die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu. Das vorgeschlagene Budget würde informell Pflegende besonders unterstützen.

Dass Pflegebedürftige weiterhin zu Hause versorgt werden können und die An- und Zugehörigen eine Entlastung erhalten, kann auch durch die Inanspruchnahme von Live-in-Pflege, d. h. 24-Stunden-Betreuung, erfolgen. Anders als bisher sollte nicht nur das Pflegegeld, sondern auch zumindest die Hälfte des vorgeschlagenen Pflege-Budgets für die Live-in-Pflege genutzt werden können. Außerdem sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um eine faire und qualitativ gute Live-in-Pflege zu ermöglichen. Dazu gehören z. B. die Festlegung von Qualitätsstandards und von Mindeststandards für die Qualifizierung.

Bürokratie abbauen: Angebote zur Unterstützung im Alltag vereinheitlichen

→ **Bundesweit einheitliche Regelungen für alle Angebote zur Unterstützung im Alltag würden zum Bürokratieabbau beitragen, die Angebotslandschaft stärken und Pflegebedürftige unterstützen.**

Länderspezifische Regelungen erhöhen die Komplexität des Leistungsrechts. Das wird besonders deutlich bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Diese niedrighschwelligten Angebote werden hauptsächlich durch die wertvolle Arbeit ehrenamtlich Tätiger ermöglicht und sind für die Versorgung der Pflegebedürftigen sehr wichtig. Um mehr Anbieter und Ehrenamtliche zu gewinnen und das Anerkennungsverfahren zu vereinfachen, sollten einheitliche Voraussetzungen für die Inhalte der einzelnen Arten der Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgegeben werden und bundesweit gelten. Dabei sollte konkret geregelt werden, welche Personen unter welchen Voraussetzungen welche Leistungen erbringen dürfen und wie hoch die maximale Aufwandspauschale sein darf. Länderregelungen dürfte es daneben nicht mehr geben. Im Bereich der Pflege durch Ehrenamtliche müsste die Nachbarschaftshilfe durch eine einfache und bundesweit einheitlich geltende Regelung ermöglicht werden.

2. Leistungen passgenau und zielgerichtet einsetzen

Leistungen passgenau ausgestalten

→ **Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen passgenau ausgestaltet werden.**

2017 wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit einem neuen Begutachtungsinstrument eingeführt. Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff ermöglicht, abstrakt, d. h. unabhängig von der jeweiligen Wohnsituation festzustellen, welche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten vorliegen. Dabei werden sowohl kognitive, als auch körperliche Fähigkeiten betrachtet. Damit erfolgte eine Abkehr von der defizitorientierten Betrachtung und der sogenannten „Minuten-Pflege“, was im Sinne der Pflegebedürftigen ist. Das Begutachtungsinstrument wurde als ein lernendes System eingeführt und die Begutachtungs-Richtlinien wurden kontinuierlich unter Zugrundelegung der gemachten Erfahrungen angepasst. In dem Sinne sollte das Begutachtungsinstrument regelmäßig überprüft werden, damit notwendige Justierungen vorgenommen werden können, um folgende Grundsätze zu wahren: Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen passgenau und zielgerichtet eingesetzt werden. Es dürfen nur Leistungen finanziert werden, die Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung zukommen lassen, die sie allein aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen.

So sollte sich die Hilfe bei der Haushaltsführung nur auf die Hilfen beschränken, die ein Pflegebedürftiger aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit in den sechs Bereichen des § 14 Abs. 2 SGB XI benötigt und die mit diesen Bereichen in engem Zusammenhang stehen.

Pflegegrad 1 konsequent auf Prävention ausrichten

→ Die Leistungen des Pflegegrades 1 sollten präventiv wirken und daher Beratungsangebote, Pflegekurse, Hilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen umfassen.

In Pflegegrad 1 werden Menschen eingestuft, die nur geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen. Die Leistungen des SGB XI bei Pflegegrad 1 sollten präventiv wirken. Medicproof, der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung, hat ein wissenschaftliches Dossier „Pflegegrad 1 in der Begutachtung – Datenanalyse und Gutachterbefragung“ erstellt, aus dem hervorgeht, dass der Pflegegrad 1 seine ursprünglichen Ziele wie Prävention und Verzögerung der Pflegebedürftigkeit nicht erreicht. Daher sollte jedenfalls der Leistungsumfang des Pflegegrades 1 überprüft werden. Er sollte im Einklang mit dem verfolgten Zweck der Prävention auf jeden Fall Beratungsangebote, Pflegekurse, Hilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen umfassen. Würden die anderen Ansprüche, wie der Anspruch auf den Entlastungsbetrag oder ein Zuschuss bei vollstationärer Pflege, entfallen, wären Einsparungen von 1,2 Milliarden Euro jährlich möglich. Diese könnten stattdessen für die Stärkung präventiver Ansätze zur Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit genutzt werden.

3. Pflegeberatung neu denken – bedarfsgerecht und vorbeugend

→ Die Pflegeberatung nach §§ 7a und 37 Abs. 3 SGB XI und die Pflegekurse nach § 45 SGB XI müssen passgenau eingesetzt und sinnvoll, aber bürokratiearm miteinander verknüpft werden. So wird der Nutzen für die Pflegebedürftigen vergrößert und das präventive Potential umfassend genutzt.

Mit der Pflegeberatung nach §§ 7a, 37 Abs. 3 SGB XI und Pflegekursen gem. § 45 SGB XI stehen ein geeignetes Instrumentarium und geeignete Strukturen zur Verfügung, Pflegebedürftige zu begleiten und situationsgerecht (auch präventiv) zu unterstützen. Gleichzeitig ist Pflegeberatung damit als strukturelles Sicherungsinstrument etabliert, das Qualität gewährleistet, Risiken frühzeitig identifiziert und präventive Steuerungsimpulse im Versorgungssystem setzt. Es müssen keine neuen Strukturen geschaffen werden. Die vorhandenen Leistungen müssen nur zielgerichteter eingesetzt und sinnvoll miteinander verknüpft werden. Dazu wären folgende Änderungen erforderlich:

Alle Pflegebedürftigen sollen nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhalten. Die § 7a-Beratung zu Beginn der Pflegebedürftigkeit stellt die Basis dar und ermöglicht eine umfassende Beratung mit Hilfestellungen für die Organisation der pflegerischen Versorgung. Dies stellt zugleich einen präventiven Ansatz dar. Dabei kann bei entsprechendem Bedarf auch eine Angehörigenberatung erfolgen, was den umfassenden Beratungsansatz vervollständigt. Pflegekurse werden ebenfalls empfohlen, wenn sie erforderlich sind.

Ein Erstberatungsangebot sollte möglichst früh stattfinden, um ein größtmögliches präventives Potential zu erzielen: Der Versicherte sollte jederzeit und nicht erst ab Eingang des Erstantrags eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhalten können.

Eine Klarstellung, dass An- und Zugehörige im Rahmen ihrer Sorgeaufgabe einen eigenen Beratungsanspruch haben, kann das präventive Potential für diese Gruppe stärken. Ziel ist es, mögliche Belastungen zu benennen, bereits vorhandene frühzeitig zu erkennen, Ressourcen zu stabilisieren und Pflegeabbrüche zu vermeiden.

Eine gute regionale Vernetzung der Pflegeberatung ist vor Ort für hilfreiche Beratung und Case Management wichtig: Netzwerke der Pflegeberatung mit den regionalen Anbietern in der Pflege verbessern die Chancen, Angebote – auch im Notfall und bei Versorgungsengpässen – zu erhalten.

4. Bürokratie abbauen – Digitalisierung vorantreiben

Ein zentrales Pflegeportal schaffen

→ **Ein Pflegeportal hilft, Bürokratie abzubauen, Prozesse zu beschleunigen und die Datenqualität zu verbessern.**

Die ab 2028 vorgesehene digitale Erteilung der Aufträge für Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen an die Prüfdienste über eine Daten- und Kommunikationsplattform und die digitale Übermittlung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ist ein wichtiger Beitrag zur Verfahrensoptimierung. Dieses digitale Format greift jedoch zu kurz und trägt nicht ausreichend zur Lösung der heute bestehenden Probleme, z.B. der Datenqualität und Datenaktualität, bei.

Es sollte ein zentrales “Pflegeportal” geschaffen werden, in dem alle relevanten Informationen der Pflegeeinrichtungen, wie Stammdaten, Vergütungen, Qualitätsinformationen, Versorgungsverträge, Eröffnung, Schließung usw. enthalten sind. Alle betroffenen Akteure und Institutionen der Pflege, z.B. Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Prüfdienste, Heimaufsichten, Träger der Sozialhilfe, GKV-Spitzenverband, PKV-Verband, sollten per Schnittstellen mit diesem Pflegeportal vernetzt werden. Dabei sind die Nutzungsrechte zweckentsprechend unterschiedlich auszugestalten, z. B. Vergabe von Bearbeitungs- und Leserechten. Mit dem Pflegeportal muss auch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI, z.B. per Schnittstelle, verknüpft werden. Die Einbindung weiterer bestehender Systeme, z. B. des QPR-Portals, ist ebenfalls denkbar. Das Pflegeportal soll einen einheitlichen und sicheren Datenaustausch zwischen den Institutionen der Pflege sicherstellen und die Datenqualität für alle Beteiligten verbessern.

Die heute bestehenden Informationsportale, wie z.B. www.pflegeberatung.de, sollten aus dem Datenpool des Pflegeportals per Schnittstelle mit Vergütungsinformationen, Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI und Qualitätsinformationen (Qualitätsdarstellung) versorgt werden.

Über das Pflegeportal soll auch die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen erfolgen. Die bessere Datenqualität und aktuelle Informationen, z. B. zur Erfüllung der Voraussetzungen für eine unangemeldete Prüfung oder den verlängerten Prüfrhythmus, tragen zur Beschleunigung bei und reduzieren Aufwände für die Landesverbände der Pflegekassen, die Prüfdienste und die Pflegeeinrichtungen.

Anstelle des gesetzlichen Auftrages an den GKV-Spitzenverband nach § 114 Abs. 1a SGB XI sollte ein Auftrag an den Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI erfolgen, der die Etablierung und den dauerhaften und zukunftsfähigen Betrieb eines Pflegeportals vorsieht. Die Nutzung des Pflegeportals muss für alle beteiligten Akteure verpflichtend sein.

Pflegekräfte entlasten – Dokumentation vereinfachen und digitalisieren

→ **Die Datenerhebung in der Pflege muss auf das fachlich Notwendige reduziert und die Verwaltungstätigkeit muss digitalisiert werden.**

Den Pflegekräften muss ermöglicht werden, ihrer eigentlichen Tätigkeit, der Pflege, nachzukommen. Sie müssen mehr Zeit für ihre Patienten haben und dürfen nicht mit anderen Aufgaben und Selbstverwaltung belastet werden, die mit der eigentlichen Pflege nichts zu tun haben. Informationen sollten nicht doppelt und unterschiedlich erfasst werden, sondern zentral und digital und von dort für diejenigen Zwecke zur Verfügung stehen, für die sie benötigt werden, z. B. Pflegedokumentation, Qualitätssicherung etc. Nur so kann der Pflegeberuf auch für nachfolgende Generationen attraktiv bleiben. Das Pflegeportal sollte dabei eine entscheidende Rolle spielen.

TI-Anwendungen barrierefrei gestalten – ePA für die Pflege nutzbar machen

→ **Bei den TI-Anwendungen müssen die besonderen Bedürfnisse Pflegebedürftiger berücksichtigt werden. Die Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA) sollten auch für die Pflegebegutachtung nutzbar gemacht werden können.**

Für mehr und mehr erkrankte und ältere Menschen gehören digitale Medien zum Alltag. Sie bieten die Chance, Erledigungen im Alltag leichter zu bewältigen und Wegstrecken einzusparen, sodass ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben länger möglich ist. Um dieses Potenzial zu entfalten, müssen Anwendungen und Prozesse wie E-Rezept, ePA und E-Überweisung barrierearm für eine aktive Nutzung gestaltet sein. Hier besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf.

Eine leichte Herabsetzung des erforderlichen Sicherheitsniveaus beim Zugang zu den Anwendungen könnte die Nutzung vereinfachen. Damit verbundene Risiken dürfen zukünftig nicht mehr isoliert betrachtet werden, sondern müssen gegenüber den Risiken einer Nicht-Nutzung abgewogen werden.

Durch digitale Prozesse ließe sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen bei Gesundheitsangelegenheiten durch An- und Zugehörige einfacher und effizienter gestalten. Voraussetzung dafür ist, dass sie TI-Anwendungen wie etwa die ePA oder das E-Rezept ortsunabhängig und ohne Abhängigkeit von der elektronischen Gesundheitskarte nutzen können. Hierfür sind geeignete Vertretungsprozesse notwendig, deren Einrichtung und Nutzung komfortabel, anwendungsübergreifend und ortsunabhängig gestaltet sein sollten.

Im Rahmen der institutionellen Pflege fehlt es an einfachen, niedrighwelligen und rechtskonformen Lösungen, damit Pflegenden stellvertretend für die zu pflegenden Personen agieren können. Sofern pflegebedürftige Personen nicht in der Lage sind, aktiv durch Nutzung einer ePA-App eine dauerhafte Zugriffsberechtigung auf ihre ePA zu setzen, muss in Pflegeeinrichtungen in regelmäßigen Abständen die eGK eingelesen werden oder es fehlt der Zugriff auf die Daten in der ePA, z. B. auf die Medikationsliste oder den Medikationsplan. Auch die fehlende Möglichkeit, andere Leistungserbringer ad hoc auf die ePA berechtigen zu können oder das E-Rezept ortsunabhängig

und ohne eGK einlösen zu können, erschwert den Versorgungsalltag und die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Es bedarf einer geeigneten Form einer Vertretung durch das Pflegepersonal. Die Einrichtung einer solchen Vertretung sollte durch die zu pflegenden Personen oder deren gesetzliche Betreuung möglich sein.

Die Pflegebegutachtung kann effizienter gestaltet werden und auf bessere und umfassendere Informationen gestützt werden, wenn Zugriff auf bestimmte Informationen der ePA besteht. Die Medizinischen Dienste, Medicproof und die Gutachter von Medicproof sollten für folgende Inhalte der ePA Leserechte erhalten: für die Begutachtung erforderliche Unterlagen, Medikationsliste, PIO-Überleitungsbogen.

5. Qualitätssicherung verständlich, verbindlich, verbraucherfreundlich gestalten

Prüfergebnisse laienverständlich darstellen

→ **Die Prüfergebnisse sollten laienverständlich dargestellt werden und dem Pflegebedürftigen die Auswahl einer Pflegeeinrichtung, die seinen Bedürfnissen entspricht, ermöglichen.**

Die Prüfergebnisse werden veröffentlicht, sind jedoch sehr umfangreich und ohne Hintergrundwissen teilweise nur schwer verständlich. Um den Pflegebedürftigen und Angehörigen die Suche nach einem geeigneten Pflegeheim oder Pflegedienst zu erleichtern, sollten die Prüfergebnisse deutlich kürzer und laienverständlich dargestellt werden. Die Inhalte sollten sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren.

Mitwirkungspflicht an den Qualitätsprüfungen sicherstellen

→ **Die Ablehnung von Qualitätsprüfungen ohne wichtigen Grund sollte sanktioniert werden.**

Die Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist notwendig, um eine gute Qualität zu sichern und die Verbraucher zu schützen. Die Qualitätssicherung muss aber noch weiter gestärkt werden.

Qualitätsprüfungen helfen den Pflegeeinrichtungen, die Pflegequalität beizubehalten oder zu verbessern. Durch die Beratung durch die Medizinischen Dienste bzw. Careproof, den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, stellen die Qualitätsprüfungen einen Gewinn für die Pflegeeinrichtungen dar. Die Ergebnisse der Indikatoren können für das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung genutzt werden und somit die Qualität der Einrichtung positiv beeinflussen. Daher sollten die Pflegeeinrichtungen in ihrem eigenen Interesse an den Qualitätsprüfungen aktiv mitwirken.

Die Pflegeeinrichtung darf eine Teilnahme an der Qualitätsprüfung nur in Ausnahmefällen und aus nachvollziehbaren Gründen ablehnen. Eine Ablehnung der Qualitätsprüfung ohne Begründung und ohne schwerwiegende Gründe sollte nicht erfolgen. Dies gefährdet die Qualitätssicherung der Einrichtungen und verursacht für die Prüfinstitutionen vermeidbare Aufwände.

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen an Betroffene zurückmelden

→ Versicherte, die in eine Qualitätsprüfung einbezogen wurden, sollten über das Ergebnis der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst oder Careproof informiert werden und weiterführende Hinweise erhalten.

Pflegebedürftige, die bei den Qualitätsprüfungen in die Stichprobe einbezogen werden, sollten nach der Prüfung vom Medizinischen Dienst oder Careproof eine Information über die Ergebnisse der Qualitätsprüfung, die sie betreffen, erhalten. Wurden Mängel festgestellt, sollten diese genau dargestellt und beschrieben werden. Diese Information sollte auch mit Hinweisen verbunden werden, an wen sich Pflegebedürftige bei Pflegefehlern, Abrechnungsfehlern usw. wenden können und ob sie gegebenenfalls rechtlichen Rat einholen sollten. Wurde ein gesetzlicher Betreuer für den Pflegebedürftigen bestellt, sollte dieser die Informationen erhalten.