

Entwurf einer Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV)

Vorblatt

A. Zielsetzung

Mit der Verabschiedung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er der Qualität pflegerischer Leistungen künftig einen noch höheren Stellenwert als bisher einräumt. Aus Sicht des Gesetzgebers ist die externe Qualitätssicherung insbesondere durch Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie durch Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen erforderlich. Zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen hat der Gesetzgeber die Bundesregierung in § 118 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum Erlass einer Rechtsverordnung über Beratungs- und Prüfvorschriften in der pflegerischen Versorgung ermächtigt.

B. Lösung

Von der Ermächtigung wird mit der vorliegenden Verordnung Gebrauch gemacht.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Durch die Verordnung entstehen für die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand.

2. Vollzugsaufwand

Durch die Umsetzung der Verordnungsermächtigung werden keine zusätzlichen Kostenwirkungen im Verwaltungsvollzug ausgelöst.

E. Sonstige Kosten

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die für die regelmäßige Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz prognostizierte Größenordnung für die jährlichen Kosten zutrifft und durch die Rechtsverordnung nicht ausgeweitet wird. Bei den Verbänden der Pflegekassen entsteht Aufwand für die bereits durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vorgeschriebene Durchführung von Anerkennungsverfahren von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen.

Es ist nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, zu rechnen.

Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV)

Vom ...

Auf Grund des § 118 Abs. 1 bis 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung -, der durch Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) eingefügt worden ist, verordnet die Bundesregierung nach Anhörung der in § 118 Abs. 3 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen und Personen:

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 1	Zweck
§ 2	Begriffsbestimmungen
§ 3	Regelungstatbestände
§ 4	Qualitätsgebundene Leistungen

Zweiter Abschnitt

Grundsätze zur Prüfung und Beratung von Pflegeeinrichtungen

§ 5	Beratung
§ 6	Prüfgrundsätze
§ 7	Prüfhilfe
§ 8	Befugnisse der Prüfpersonen und Pflichten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen

Dritter Abschnitt
Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst
der Krankenversicherung

- § 9 Prüfarten
- § 10 Prüfverfahren
- § 11 Prüfergebnisse

Vierter Abschnitt
Leistungs- und Qualitätsnachweise

- § 12 Vorlagepflicht
- § 13 Verfahren zur Erteilung eines Leistungs-
und Qualitätsnachweises
- § 14 Verhältnis zu Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der
Krankenversicherung

Fünfter Abschnitt
Anforderungen an unabhängige Sachverständige
und Prüfstellen

- § 15 Unabhängige Sachverständige
- § 16 Zuverlässigkeit und Geeignetheit
- § 17 Unabhängigkeit
- § 18 Qualifikation
- § 19 Prüfstellen

Sechster Abschnitt
Anerkennung unabhängiger Sachverständiger
oder Prüfstellen zur Erteilung von Leistungs-
und Qualitätsnachweisen

§ 20	Anerkennungsanspruch
§ 21	Anerkennungsverfahren
§ 22	Anerkennungsstellen

Siebter Abschnitt
Einwilligung Pflegebedürftiger

§ 23	Einwilligungserfordernisse
------	----------------------------

Achter Abschnitt
Schlussvorschriften

§ 24	Übergangsregelungen
§ 25	Inkrafttreten

Erster Abschnitt
Allgemeine Vorschriften

§ 1

Zweck

Die Verordnung soll dazu beitragen, dass

1. Inhalt und Organisation der Leistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,

2. die den zugelassenen Pflegeeinrichtungen anvertrauten pflegebedürftigen Personen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gepflegt, versorgt und betreut werden und
3. die gesetzlich vorgeschriebene und vertraglich vereinbarte Leistungsqualität eingehalten wird.

Zweck dieser Verordnung ist ferner, die Einrichtungsträger in ihrer Verantwortung für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Qualitätsprüfungen nach dieser Verordnung sind Prüfungen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von Sachverständigen durchgeführt werden, die von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestellt sind. Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen im Sinne dieser Verordnung sind solche, die von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen nach § 113 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch durchgeführt werden.

(2) Die Vorschriften dieser Verordnung über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gelten auch für von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestellte Sachverständige.

§ 3

Regelungstatbestände

(1) Der Regelungsinhalt dieser Verordnung erstreckt sich auf die in § 118 Abs. 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Regelungstatbestände. Dazu gehören auch der Nachweis und die Prüfung der von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen aufzustellenden Leistungsabrechnungen sowie die Überprüfung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes.

(2) Die Beratung und Prüfung von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach anderen Rechtsvorschriften bleibt unberührt.

§ 4

Qualitätsgebundene Leistungen

(1) Die Qualitätssicherung nach dieser Verordnung umfasst folgende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, soweit sie von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden (qualitätsgebundene Leistungen):

1. die Pflegesachleistung bei häuslicher Pflege,
2. die Pflegesachleistung bei Kombination von Pflegegeld und Sachleistung,
3. die teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege),
4. die Kurzzeitpflege sowie
5. die vollstationäre Pflege.

Die Zuordnung einer Leistung zu den qualitätsgebundenen Leistungen ist unabhängig davon, wer im Einzelfall die Kosten trägt oder zu tragen hat.

(2) Zu den qualitätsgebundenen Leistungen der häuslichen Pflege nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 gehören

1. die Grundpflege,
2. die hauswirtschaftliche Versorgung und
3. die häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit diese von einer gemischten Pflegeeinrichtung (§ 83 Abs. 1 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) erbracht wird.

(3) Qualitätsgebundene Leistungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 bis 5 umfassen

1. die Grundpflege,
2. die soziale Betreuung,
3. die medizinische Behandlungspflege,
4. die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie

5. die Zusatzleistungen.

Zu den qualitätsgebundenen teilstationären Leistungen gehört auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zu der Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Zweiter Abschnitt
Grundsätze zur Prüfung und Beratung
von Pflegeeinrichtungen

§ 5

Beratung

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll zugelassene Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung der qualitätsgebundenen Leistungen nach § 4 im Rahmen seiner Möglichkeiten beraten. Die Beratung ist darauf auszurichten, Qualitätsmängel rechtzeitig vorzubeugen, eingetretene Mängel zu beseitigen und die Eigenverantwortung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Die Beratung soll insbesondere dazu beitragen, Verfahren zur einrichtungsinternen Qualitätssicherung und -entwicklung zu fördern. Für die zur Beratung eingesetzten Personen gilt der Fünfte Abschnitt entsprechend. Die Beratung ist unentgeltlich zu leisten; ein Anspruch auf Beratung besteht nicht. Verzichtet der Einrichtungsträger auf eine Beratung, hat sie zu unterbleiben.

(2) Es ist sicherzustellen, dass Qualitätsprüfungen nur von Personen durchgeführt werden, die innerhalb von fünf Jahren vor der Prüfung nicht an entgeltlichen Beratungen der zu prüfenden Einrichtung beteiligt waren.

(3) Für Beratungen und Prüfungen einer zugelassenen Pflegeeinrichtung durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen gilt Absatz 2 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Beratungen, die sich auf Hinweise beschränken, die im Zusammenhang mit dem Ergebnis einer Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises stehen.

§ 6

Prüfgrundsätze

(1) Der Prüfmaßstab für Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und für Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen richtet sich nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch und den auf dessen Grundlage abgeschlossenen Vereinbarungen. Für Qualitätsprüfungen der Leistungen der häuslichen Krankenpflege ergibt sich der Prüfmaßstab aus § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie den auf der Grundlage des § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und des § 132 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Regelungen.

(2) Qualitätsprüfungen nach dieser Verordnung werden als Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichende Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach Maßgabe des Dritten Abschnitts durchgeführt. Den unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) obliegt die Prüfung der Qualität von zugelassenen Pflegeeinrichtungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach Maßgabe des Vierten Abschnitts.

(3) Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes in der häuslichen Pflege sind unbeschadet sonstiger gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen nur in Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einzubeziehen. Gleiches gilt für die Überprüfung der Abrechnung von Leistungen.

§ 7

Prüfhilfe

(1) Bei Qualitätsprüfungen und bei Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen ist die Prüfhilfe aus der Anlage zu dieser Verordnung anzuwenden.

(2) Die Prüfhilfe erstreckt sich auf allgemeine Angaben über die zugelassene Pflegeeinrichtung, prüfungserhebliche Tatsachen zur Durchführung der jeweiligen Prüfung sowie insbesondere auf Erhebungen über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

(3) Zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen enthält die Prüfhilfe Beurteilungs- und Auslegungshilfen, die sicherstellen, dass

1. die Prüfgegenstände bewertet und zueinander gewichtet werden können sowie
2. bei Vorliegen von Ausschlusskriterien ein Bestehen der Prüfung ausgeschlossen ist.

Bei Anwendung der Prüfhilfe ist zu gewährleisten, dass sich die Bewertung auf die von der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbrachten und zu verantwortenden Leistungen beschränkt.

(4) Die Prüfhilfe ist aufgegliedert nach Prüfungen in stationären und ambulanten zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

(5) Auf Grundlage der Prüfhilfe beinhalten Prüfungen auch Befragungen und Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Prüfungen können sich auch auf Befragungen von Beschäftigten der zugelassenen Pflegeeinrichtung, Angehörigen von Pflegebedürftigen sowie des Heimbeirates, des Heimfürsprechers oder des Ersatzgremiums (§ 28 a Heimmitwirkungsverordnung) erstrecken. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung der Teilnahme dürfen keine Nachteile entstehen.

(6) Die Bundesregierung wird regelmäßig, erstmals bis spätestens 31. Dezember 2005, auf der Grundlage der Erfahrungen prüfen, ob und inwieweit eine Weiterentwicklung der Prüfhilfe erforderlich ist.

§ 8

Befugnisse der Prüfpersonen und Pflichten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen

(1) Personen, die Qualitätsprüfungen oder Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach dieser Verordnung durchführen (Prüfpersonen), sind befugt, Einsicht in Aufzeichnungen und Unterlagen zu nehmen und diese zu vervielfältigen, soweit dies zur Erfüllung des Prüfauftrages erforderlich ist. Zur ordnungsgemäßen Durchführung der Prüfung ist den Prüfpersonen Zugang zu den Räumlichkeiten der zugelassenen Pflegeeinrichtung zu gewähren; nach Möglichkeit sind abgeschlossene Räume zur Durchführung der Prüfung zur Verfügung zu stellen.

(2) Einrichtungsträger haben Pflegedokumentationen stets vorzuhalten, soweit sie sich nicht bei den Pflegebedürftigen befinden, sowie Unterlagen über

1. Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht der betreuten Pflegebedürftigen, differenziert nach Pflegestufen und Dauer der Pflege durch die Pflegeeinrichtung sowie die gesetzlichen Vertreter oder bestellten Betreuer,
2. Pflegeplanungen und die Pflegeverläufe,
3. Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung,
4. freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen einschließlich ärztlicher Verordnungen sowie erforderlicher richterlicher Entscheidungen,
5. Erhalt, Aufbewahrung und die Verabreichung von Arzneimitteln einschließlich der ärztlichen Verordnung im Einzelfall sowie die pharmazeutische Überprüfung der Arzneimittelvorräte und die Unterweisung der Beschäftigten über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln, soweit diese Maßnahmen im Verantwortungsbereich der Einrichtung liegen,
6. Name, Vorname und Ausbildung der Beschäftigten sowie Zusatzqualifikationen, deren vertraglich vereinbarte sowie regelmäßige Arbeitszeit, die von ihnen in der Einrichtung ausgeübte Tätigkeit und die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses,
7. Dienst- und Einsatzpläne,
8. Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege einschließlich der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung der Krankenkasse im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung,
9. Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege einschließlich der ärztlichen Verordnung im Bereich der stationären Versorgung,
10. die von den Beschäftigten der zugelassenen Pflegeeinrichtung innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Prüfung wahrgenommenen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Soweit Unterlagen nach Satz 1 Nr. 10 zum Zeitpunkt einer unangemeldeten Qualitätsprüfung nicht verfügbar sind, sind sie unverzüglich nachzureichen. Erstreckt sich eine Qualitätsprüfung auf die Abrechnung von Leistungen, sind die nach den §§ 105 und 106 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die nach § 302 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen Unterlagen vorzuhalten.

Dritter Abschnitt
Qualitätsprüfung durch den
Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

§ 9

Prüfarten

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung führt Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichende Qualitätsprüfungen durch. Die Art der Qualitätsprüfung ergibt sich aus dem Prüfauftrag (§ 10 Abs. 1). Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass jährlich wenigstens 20 vom Hundert der zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einer Qualitätsprüfung unterzogen werden.

(2) Einzelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beschränken sich auf die jeweilige von den Landesverbänden im Prüfauftrag benannte zugelassene Pflegeeinrichtung. Bei anlassbezogenen Einzelprüfungen kann der Prüfauftrag über den jeweiligen Prüfanlass hinausgehen.

(3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung führt Stichprobenprüfungen, insbesondere zur angemessenen Erfüllung der Berichtspflicht nach § 118 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie zur Validierung der Leistungs- und Qualitätsnachweise, in zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Im Land werden die in die Stichprobe aufzunehmenden zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen durch Zufallsauswahl ermittelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die von einer Stichprobenprüfung erfassten zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht in zwei aufeinanderfolgende Stichproben aufgenommen werden.

(4) Innerhalb eines Landes kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zur Beurteilung

1. des jeweils erreichten Standes der einrichtungsinternen Qualitätssicherung oder
2. von Qualitätsunterschieden der zugelassenen Pflegeeinrichtungen und ihrer Leistungen

vergleichende Qualitätsprüfungen durchführen. Die in den Vergleich einzubeziehenden zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden von den Landesverbänden der Pflegekassen anhand geeigneter Kriterien ausgewählt. Als Auswahl- und Vergleichskriterien kommen insbesondere die Platzzahl, die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegestufen, die Beschäftigten nach Zahl und Qualifikation, die Vergütungs- und Entgeltsätze, das Leistungsangebot und die Lage der Einrichtung in Betracht. Zugelassene Pflegeeinrichtungen sollen nicht innerhalb eines Jahres nach einer Einzelprüfung oder einer Stichprobenprüfung in eine vergleichende Qualitätsprüfung einbezogen werden. Die Ergebnisse des Einrichtungsvergleichs können mit Einwilligung des Trägers der jeweils betroffenen Einrichtung den beteiligten Vergleichseinrichtungen sowie deren Verbänden auf Landesebene durch die Landesverbände der Pflegekassen zugänglich gemacht werden; personenbezogene Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren.

§ 10

Prüfverfahren

(1) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität zu ermöglichen. Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung den Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Zur Vorbereitung der Prüfung soll dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auf Verlangen auch der letzte Leistungs- und Qualitätsnachweis nebst Prüfbericht, der Versorgungsvertrag, die Vergütungs- und Entgeltvereinbarung und bei Pflegeheimen die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung in ihrer jeweils geltenden Fassung zur Verfügung gestellt werden. Soweit eine anlassbezogene Prüfung durchgeführt werden soll, erteilen die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfauftrag unverzüglich. Erstreckt sich die Prüfung auch auf Leistungen nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen eine Mitteilung.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen haben bei Erteilung des Prüfauftrages einen Leistungs- und Qualitätsnachweis im Hinblick auf Prüfungsumfang und Prüfzeitpunkt angemessen zu berücksichtigen, wenn dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt. Dies gilt nicht bei anlassbezogenen Einzelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

(3) Qualitätsprüfungen sind der zugelassenen Pflegeeinrichtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschließlich des Prüfgegenstands und des Prüfungsumfanges mit einer angemessenen Frist voranzukündigen, soweit es sich nicht um eine unangemeldete Prüfung handelt. Zur Vorbereitung auf eine angemeldete Prüfung kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung vor der Begehung der Einrichtung die Übersendung von Unterlagen nach § 8 Abs. 2 verlangen, soweit sie nicht bereits bei den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorliegen.

(4) Zur Inaugenscheinnahme des pflegerischen und gesundheitlichen Zustands der Pflegebedürftigen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wenigstens fünf vom Hundert der von der zugelassenen Pflegeeinrichtung betreuten Pflegebedürftigen auszuwählen; dabei sollen nicht weniger als drei und nicht mehr als 20 Pflegebedürftige einbezogen werden. Die Anforderungen an die Einwilligung nach dem Siebten Abschnitt sind stets einzuhalten.

(5) Für Prüfpersonen, die Qualitätsprüfungen durchführen, gilt der Fünfte Abschnitt entsprechend. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann zu der Qualitätsprüfung in eigener Verantwortung Personen hinzuziehen, die die Anforderungen nach § 18 Abs. 1 Satz 3 erfüllen. Zur Überprüfung der Abrechnung von Leistungen können dies auch Beschäftigte von Pflegekassen sein oder, soweit es sich um die Abrechnung von Leistungen nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch handelt, von Krankenkassen.

§ 11

Prüfergebnisse

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat jede Qualitätsprüfung in Form eines Berichts zu dokumentieren (Prüfbericht), der wenigstens

1. den Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung,
2. den Stand der Qualität der zugelassenen Pflegeeinrichtung sowie
3. Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

beinhaltet. Nach Abschluss der Qualitätsprüfung sind die Prüfergebnisse mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung in einem Abschlussgespräch zu erörtern; der Prüfbericht soll innerhalb von vier Wochen erstellt werden. Der Prüfbericht ist der geprüften Pflegeeinrichtung und ihrem Träger, den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie,

bei stationärer Pflege, auch der nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde) und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zuzuleiten; soweit die Pflegeeinrichtung eine Stellungnahme abgegeben hat, ist diese beizufügen.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und verpflichtet, die ihnen nach Absatz 1 übermittelten Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung auf deren Anforderung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 3 erforderlich ist.

(3) Soweit bei einer Qualitätsprüfung Mängel festgestellt wurden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Die Prüfperson des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung soll an dem Anhörungsverfahren beteiligt werden. Soweit die Mängel Leistungen nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches betreffen, ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen herzustellen. Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, kündigen. § 115 Absätze 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberührt.

(4) Der Prüfbericht darf personenbezogene Daten nicht enthalten; das gleiche gilt für die Stellungnahme der Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 3, wenn sie dem Prüfbericht beigelegt wird. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist befugt, den Prüfbericht zu veröffentlichen.

Vierter Abschnitt
Leistungs- und Qualitätsnachweise

§ 12
Vorlagepflicht

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Qualität spätestens nach dem Ablauf von zwei Jahren seit der letzten Prüfung nachzuweisen. Hierzu haben sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorzulegen, der auf Grund einer Prüfung nach diesem Abschnitt erteilt worden ist.

(2) Erfüllt die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung, gemessen an der Prüfhilfe, wenigstens die gesetzlich vorgeschriebene und vertraglich vereinbarte Leistungsqualität, hat sie Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises. Der Leistungs- und Qualitätsnachweis darf nur durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen erteilt werden, die nach dem Sechsten Abschnitt anerkannt sind; sie tragen gegenüber der zu prüfenden Einrichtung die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Prüfverfahrens. Nach dem Ablauf von zwei Jahren verliert der Leistungs- und Qualitätsnachweis seine Wirksamkeit.

§ 13
**Verfahren zur Erteilung eines
Leistungs- und Qualitätsnachweises**

(1) Zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises beauftragt die nachweispflichtige Pflegeeinrichtung einen unabhängigen Sachverständigen oder eine Prüfstelle nach § 12 Abs. 2 Satz 2. Zur Vorbereitung der Prüfung zur Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises hat die Pflegeeinrichtung der beauftragten Stelle auf deren Verlangen vorab die in § 10 Abs. 1 Satz 4 aufgeführten Unterlagen sowie den letzten Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zuzuleiten. Die Anerkennung ist gegenüber der zugelassenen Pflegeeinrichtung nach § 20 Abs. 1 Satz 1 nachzuweisen.

(2) Zur Inaugenscheinnahme des pflegerischen und gesundheitlichen Zustands der von der Pflegeeinrichtung betreuten Pflegebedürftigen im Rahmen einer Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises gilt § 10 Abs. 4 entsprechend.

(3) Die prüfende Stelle hat nach Abschluss der Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises die Prüfergebnisse mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung in einem Abschlussgespräch zu erörtern und einen Prüfbericht zu erstellen. Der Prüfbericht enthält wenigstens Angaben über die in § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 aufgeführten Gegenstände und soll innerhalb von vier Wochen erstellt werden. Der Prüfbericht ist der geprüften Pflegeeinrichtung und ihrem Träger, den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie, bei stationärer Pflege, auch der nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde) und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen nach dem Abschlussgespräch zuzuleiten; soweit die Pflegeeinrichtung eine Stellungnahme abgegeben hat, ist diese beizufügen.

(4) Erfüllt die zugelassene Pflegeeinrichtung die Prüfanforderungen, hat die prüfende Stelle nach dem Abschlussgespräch den Leistungs- und Qualitätsnachweis unverzüglich zu erteilen und eine Durchschrift den in Absatz 3 Satz 3 genannten Stellen sowie zusätzlich dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zuzuleiten.

(5) Soweit die Prüfanforderungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises nicht erfüllt sind, hat die prüfende Stelle innerhalb einer angemessenen Frist, längstens nach drei Monaten nach der ersten Prüfung zur Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises einmalig eine Wiederholungsprüfung durchzuführen. Voraussetzung ist, dass die festgestellten Mängel nach dem fachlichen Urteil der Prüfperson nicht so schwerwiegend sind, dass eine unverzügliche Mängelbeseitigung erforderlich ist. Sind die Mängel so schwerwiegend, dass eine unverzügliche Mängelbeseitigung erforderlich ist, sind die Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich zu benachrichtigen; das weitere Verfahren richtet sich nach § 11 Abs. 3. Ergeben sich aus der Wiederholungsprüfung keine Beanstandungen, findet Absatz 4 Anwendung. Erst- und Wiederholungsprüfung gelten als eine Prüfung.

(6) Der Prüfbericht darf personenbezogene Daten nicht enthalten; das gleiche gilt für die Stellungnahme der Pflegeeinrichtung nach Absatz 3, wenn sie dem Prüfbericht beigelegt wird. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist befugt, den Prüfbericht zu veröffentlichen.

§ 14

**Verhältnis zu Qualitätsprüfungen
durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**

(1) Durch die Vorlage eines Leistungs- und Qualitätsnachweises können Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach dem Dritten Abschnitt nicht ausgeschlossen werden.

(2) Eine Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung kann die Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises nicht ersetzen. Wird eine Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt, ohne dass ein Verfahren nach § 11 Abs. 3 eingeleitet wird, ist dies für den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung für die Dauer von zwei Jahren nach Durchführung dieser Qualitätsprüfung auch dann angemessen zu berücksichtigen, wenn ein Leistungs- und Qualitätsnachweis nicht rechtzeitig vorgelegt wird.

Fünfter Abschnitt

Anforderungen an unabhängige Sachverständige und Prüfstellen

§ 15

Unabhängige Sachverständige

Unabhängige Sachverständige im Sinne des § 113 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die Prüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und deren Leistungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen eigenverantwortlich durchführen. Sie müssen die zur Wahrnehmung der Prüfaufgabe erforderliche Zuverlässigkeit, Geeignetheit, Unabhängigkeit und Qualifikation nach Maßgabe der §§ 16 bis 18 besitzen und ihre Prüftätigkeit dauerhaft und regelmäßig ausüben. § 19 Abs. 2 Nr. 4 bis 6 gilt entsprechend.

§ 16

Zuverlässigkeit und Geeignetheit

(1) Die Anerkennung nach § 20 Abs. 1 ist zu versagen, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass auf Grund der persönlichen Eigenschaften, des Verhaltens oder der Fähigkeiten die erforderliche Zuverlässigkeit oder Geeignetheit zur ordnungsgemäßen Erfüllung der den unabhängigen Sachverständigen obliegenden Aufgaben nicht gegeben ist.

(2) Für die Zuverlässigkeit bietet in der Regel keine Gewähr, wer

1. innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer vorsätzlichen Tat zu Freiheitsstrafe von mehr als drei Monaten oder zu Geldstrafe von mehr als 90 Tagessätzen verurteilt worden ist,
2. infolge Richterspruchs die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verloren hat,
3. nicht in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen lebt; dies ist in der Regel der Fall, wenn über das Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist oder Antragsteller in das vom Insolvenzgericht oder vom Vollstreckungsgericht zu führende Verzeichnis eingetragen sind.

(3) Für die Geeignetheit bietet in der Regel keine Gewähr, wer in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, Prüfungen nach dieser Verordnung ordnungsgemäß durchzuführen.

§ 17

Unabhängigkeit

(1) Die Anerkennung nach § 20 Abs. 1 ist zu versagen, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass auf Grund einer wirtschaftlichen, finanziellen oder sonstigen Abhängigkeit, die das Urteil beeinflussen oder das Vertrauen in die unparteiliche und unbefangene Aufgabenwahrnehmung in Frage stellen kann, die erforderliche Unabhängigkeit nicht gegeben ist.

(2) Für die erforderliche Unabhängigkeit bietet in der Regel keine Gewähr, wer

1. auf Grund vertraglicher oder sonstiger Beziehungen bei der Sachverständigentätigkeit Weisungen auch dann zu befolgen hat, wenn sie zu gutachterlichen Handlungen gegen die eigene Überzeugung verpflichten,
2. organisatorisch, wirtschaftlich, kapital- oder personalmäßig mit Dritten verflochten ist, ohne dass deren Einflussnahme auf die Wahrnehmung der Sachverständigenaufgaben durch Festlegungen in Satzung, Gesellschaftsvertrag, Angestelltenvertrag oder sonstigen vertraglichen Vereinbarungen auszuschließen ist.

(3) Prüfaufträge darf nicht übernehmen, wer innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Prüfung

1. Anteile an einem Unternehmen gehalten hat, das Träger der zu prüfenden Pflegeeinrichtung ist,
2. Inhaberin oder Inhaber der zu prüfenden Pflegeeinrichtung oder bei ihr oder ihrem Träger angestellt war oder
3. Anteile an einem Unternehmen gehalten hat, das mit dem Träger der zu prüfenden Pflegeeinrichtung wirtschaftlich verbunden ist.

§ 18

Qualifikation

(1) Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung dürfen nur durch Pflegefachkräfte durchgeführt werden, die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpflegerin oder Altenpfleger, Krankenschwester oder Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger besitzen und über eine praktische Berufserfahrung von wenigstens zwei Jahren in dem erlernten Pflegeberuf verfügen, oder durch Ärztinnen oder Ärzte mit einer ärztlichen Berufspraxis von wenigstens zwei Jahren. Die praktische Berufserfahrung oder ärztliche Berufspraxis muss innerhalb der letzten fünf Jahre vor der erstmaligen Anerkennung erworben sein; dies gilt nicht für Prüfpersonen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung länger als zwei Jahre Prüfungen der Qualität in zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchgeführt haben. Zur Prüfung können die unabhängigen Sachverständigen in eigener Verantwortung weitere Personen hinzuziehen, die auf dem Gebiet des jeweiligen Prüfgegenstandes praktische Berufserfahrung von wenigstens fünf Jahren besitzen oder in staatlichen oder staatlich anerkannten Ausbildungsgängen erworbenes Fachwissen nachweisen, das

dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnis entspricht; diese Personen müssen die Anforderungen nach den §§ 16 und 17 erfüllen.

(2) Die unabhängigen Sachverständigen müssen auch auf dem Gebiet der internen Qualitätssicherung, im Qualitätsmanagement sowie in der Durchführung von Prüfungen im Bereich der Erbringung pflegerischer Dienstleistungen ausreichendes Fachwissen und Praxiserfahrung nachweisen. Hierzu dient in der Regel der Nachweis über

1. ausreichende Fachkunde im Bereich der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement durch eine Qualifikation zum Qualitätsbeauftragten oder Qualitätsmanagementbeauftragten mit einem Schulungsumfang von wenigstens zehn Tagen und eine erfolgreiche Auditorenschulung mit einem Schulungsumfang von wenigstens vier Tagen in der Fachdisziplin Pflege sowie
2. die Mitwirkung an mindestens zwei Qualitätsaudits oder Prüfungen der Qualität in der Fachdisziplin Pflege mit einer Dauer von zehn Tagen

oder das Vorliegen vergleichbarer Voraussetzungen. Die Voraussetzungen nach Satz 2 müssen jeweils innerhalb der letzten drei Jahre vor der erstmaligen Anerkennung erfüllt worden sein.

(3) Die unabhängigen Sachverständigen müssen vor Aufnahme der Prüftätigkeit einen Lehrgang in der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dieser Verordnung erfolgreich abschließen, der insbesondere Kenntnisse vermittelt über

1. das System der Qualitätssicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, dem Bundessozialhilfegesetz und dem Heimgesetz,
2. die Anlage zu dieser Verordnung,
3. das Verfahren zur Durchführung von Prüfungen der Einrichtungsqualität und zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen,
4. Anforderungen an unabhängige Sachverständige und Prüfstellen,
5. die Anerkennung von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen.

Die Erarbeitung der Lehrgangsinhalte und die Durchführung der Lehrgänge nach Satz 1 obliegen den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Durchführung der Lehrgänge kann durch vertragliche Vereinbarung anderen geeigneten Stellen übertragen werden. Die Kosten, die den mit der

Durchführung der Lehrgänge befassten Stellen entstehen, tragen die Lehrgangsteilnehmer und können diesen gegenüber geltend gemacht werden.

(4) Unabhängige Sachverständige sind zur Aufrechterhaltung ihrer Qualifikation zur regelmäßigen Fort- und Weiterbildung wenigstens

1. in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der häuslichen Krankenpflege, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung,
2. in der Durchführung von Prüfungen und Beratungen, der internen Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement sowie
3. in den Bereichen Unterkunft, Verpflegung, Hauswirtschaft und Zusatzleistungen

verpflichtet.

§ 19

Prüfstellen

(1) Prüfstellen nach § 113 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassungen von Personal und Sachmitteln zum Zweck der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen.

(2) Die Prüfstelle muß die Gewähr für eine regelmäßige, reibungslose und ordnungsgemäße Prüf- und Geschäftstätigkeit bieten. Hierzu ist wenigstens sicherzustellen, dass

1. Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen ausschließlich durch Beschäftigte durchgeführt werden, die den Anforderungen der §§ 16 bis 18 genügen,
2. die Prüfstelle von Personen geleitet wird, die den Anforderungen der §§ 16 und 17 genügen,
3. keine Bindungen zwischen der Prüfstelle und
 - a) Dritten im Sinne des § 17 Abs. 2 Nr. 2 oder
 - b) der jeweils zu prüfenden zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 17 Abs. 3 Nr. 1 und 3

bestehen oder bestanden haben,

4. eine ausreichende technische Ausstattung, insbesondere zur Kommunikation mit allen Verfahrensbeteiligten sowie zur Dokumentation und Archivierung der Geschäftsvorfälle, vorhanden ist,
5. ein stets aktuelles Register über die bei der Prüfstelle tätigen Beschäftigten vorgehalten und den anerkennenden Stellen zugeleitet wird,
6. alle aus der Prüftätigkeit gewonnenen Erkenntnisse vertraulich behandelt und nur im Rahmen der gesetzlich zulässigen Grenzen verarbeitet werden.

Sechster Abschnitt

Anerkennung unabhängiger Sachverständiger oder Prüfstellen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen

§ 20

Anerkennungsanspruch

(1) Zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen müssen unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich anerkannt sein. § 213 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Eine wirksame Anerkennung setzt voraus, dass die Anforderungen nach dem Fünften Abschnitt nach Maßgabe der nachfolgenden Vorschriften erfüllt sind.

(2) Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen, besteht Anspruch auf die Anerkennung. Die Anerkennung gilt bundesweit, soweit in dem Anerkennungsbescheid nichts anderes bestimmt ist. Wird die Anerkennung ganz oder zum Teil verweigert, ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.

§ 21

Anerkennungsverfahren

(1) Die Anerkennung unabhängiger Sachverständiger oder Prüfstellen setzt einen Antrag bei einem Landes- oder Bundesverband der Pflegekassen voraus, der Angaben zum Zeitpunkt der Aufnahme der Prüftätigkeit sowie Name und Anschrift der Antragstellerin oder des Antragstellers und aller dort beschäftigten Prüfpersonen enthält.

(2) Für die Anerkennung unabhängiger Sachverständiger sind dem Antrag nach Absatz 1 geeignete Nachweise über

1. eine dauerhafte und regelmäßige Prüftätigkeit nach § 15 Satz 2,
2. die Einhaltung der organisatorischen Voraussetzungen nach § 15 Satz 3 i.V.m. § 19 Abs. 2 Nr. 4 bis 6,
3. die Zuverlässigkeit und Geeignetheit nach § 16,
4. die Unabhängigkeit nach § 17 und
5. die Qualifikation einschließlich der Fort- und Weiterbildung nach § 18 Abs. 4

beizufügen. Für den Nachweis der dauerhaften und regelmäßigen Prüftätigkeit reicht bei der erstmaligen Anerkennung der Nachweis über eine auf Dauer angelegte Geschäftstätigkeit aus. Die Erfüllung der Anforderungen nach § 16 kann durch eine schriftliche Erklärung der Antragsteller darüber nachgewiesen werden, dass keine Gründe vorliegen, die der Annahme der Zuverlässigkeit oder der Geeignetheit entgegenstehen; entsprechendes gilt für die Einhaltung der Anforderungen an die Unabhängigkeit nach § 17. Der Nachweis über regelmäßige Fort- und Weiterbildungen nach § 18 Abs. 4 ist bei der erstmaligen Anerkennung nicht erforderlich. Darüber hinaus kann die anerkennende Stelle die Vorlage eines Führungszeugnisses verlangen.

(3) Für die Anerkennung von Prüfstellen sind dem Antrag nach Absatz 1 geeignete Nachweise über die Einhaltung der Anforderungen des § 19 beizufügen; im Übrigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Die anerkennenden Stellen können bei den Antragstellerinnen und Antragstellern weitere Unterlagen anfordern, die Geschäftsräume während der üblichen Geschäftszeit in Augenschein nehmen oder die Prüfpersonen bei Durchführung einer Prüfung begleiten, soweit dies zur Durchführung eines Anerkennungsverfahrens erforderlich ist. Vorsätzlich unwahre Angaben

über anerkennungserhebliche Tatsachen schließen die Anerkennung aus. Der anerkennenden Stelle sind Änderungen unverzüglich mitzuteilen, die nachweispflichtige Angaben nach den Absätzen 1 bis 3 betreffen.

(5) Die Anerkennungsvoraussetzungen sind mit Ausnahme der Anforderungen nach § 18 Abs. 3 regelmäßig, spätestens alle fünf Jahre, durch ein erneutes Anerkennungsverfahren nachzuweisen. Sind die Anerkennungsvoraussetzungen entfallen, ist die Anerkennung zu entziehen.

§ 22

Anerkennungsstellen

(1) Das Anerkennungsverfahren wird von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen durchgeführt (Anerkennungsstellen); sie sind berechtigt, Arbeitsgemeinschaften zu bilden und diesen die Entscheidung über die Anerkennung zu übertragen. Die Anerkennungsstellen sollen für die ausreichende Fachlichkeit des Anerkennungsverfahrens Sorge tragen; hierzu kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung auf Landesebene oder der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene in geeigneter Weise beteiligt werden.

(2) Die Landes- und Bundesverbände der Pflegekassen führen ein jährlich zu aktualisierendes Register über die anerkannten unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen. Das Register ist im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Der zuständigen Aufsichtsbehörde ist eine Durchschrift des Anerkennungsbescheids zuzuleiten.

Siebter Abschnitt
Einwilligung Pflegebedürftiger

§ 23

Einwilligungserfordernisse

(1) Räume in Pflegeheimen, die einem Wohnrecht Pflegebedürftiger unterliegen, dürfen von Prüfpersonen zum Zwecke einer Qualitätsprüfung oder einer Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises nur mit Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen betreten werden. Im Falle einer Qualitätsprüfung ist die Einwilligung nicht erforderlich, soweit das Betreten zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erfolgt. Bei der ambulanten Pflege darf die Qualität der Leistungen eines Pflegedienstes in den Wohnungen von Pflegebedürftigen nur mit deren Einwilligung überprüft werden; Satz 2 gilt entsprechend. Befragungen und Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen sowie die damit zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der Betroffenen.

(2) Einwilligungen nach Absatz 1 können nur wirksam erteilt werden, wenn die Pflegebedürftigen über

1. Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,
2. den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
3. die Freiwilligkeit der Teilnahme und
4. die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung

ausreichend aufgeklärt und darauf hingewiesen werden, dass sich die Verweigerung der Einwilligung nicht nachteilig auswirkt. Soweit Sozialdaten bei den Betroffenen erhoben werden, sind die Prüfpersonen zu einer Belehrung nach § 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet. Die Einwilligung ist schriftlich zu erteilen.

Achter Abschnitt
Schlussvorschriften

§ 24

Übergangsregelungen

(1) Die Voraussetzungen nach § 18 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 sowie Absatz 3 müssen bei Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises spätestens bis zum 30. Juni 2003 und bei Qualitätsprüfungen bis zum 30. Juni 2004 vorliegen.

(2) Bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die sich in der Zeit vom 1. Januar 2002 bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung erfolgreich einer Prüfung ihrer Leistungsqualität unterzogen haben, gilt die Prüfung als Leistungs- und Qualitätsnachweis. Voraussetzung ist, dass

1. die Prüfung nach Art und Inhalt den Anforderungen dieser Verordnung entsprochen hat und
2. die prüfende Stelle die Voraussetzungen nach dem Fünften Abschnitt erfüllt, mit Ausnahme des § 18 Abs. 3 und 4.

Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Satz 2 eingehalten sind, ist durch die Anerkennungsstelle zu treffen, bei der die prüfende Stelle einen Antrag auf Anerkennung nach § 21 stellt; wird ein solcher Antrag nicht gestellt, entscheidet die Anerkennungsstelle der Bundesverbände der Pflegekassen.

§ 25

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Mit der Verabschiedung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er der Qualität pflegerischer Leistungen hohen Stellenwert einräumt. Er hat damit nachvollzogen, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Beurteilung von Pflegeleistungen neben den finanziellen Aspekten vor allem der Qualität entscheidende Bedeutung beimessen. Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung aus mehr als 7.600 Qualitätsprüfungen zeigen, dass bei vielen Pflegeeinrichtungen in den Bereichen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung noch Nachholbedarf besteht. Andererseits gibt es bereits heute viele Einrichtungen, die sich konsequent der Qualitätsentwicklung verschrieben haben und beachtliche Erfolge vorweisen können. Sowohl das PQsG als auch die Verordnung sind darauf ausgerichtet, die Einrichtungen bei ihren Bemühungen um eine gute Leistungsqualität zu unterstützen.

Diese Regelungen sind dabei von der Philosophie geprägt, dass Qualität nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen „hineingeprüft“ werden kann, sondern von innen heraus - aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger - entwickelt werden muss. Primär sind die Träger der zugelassenen Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und für die Weiterentwicklung der Qualität ihrer ambulanten, teil- oder vollstationären Leistungen verantwortlich. Als neues, trägernahes Instrument der externen Qualitätssicherung wurde durch das PQsG der Leistungs- und Qualitätsnachweis eingeführt. Sowohl die Leistungs- und Qualitätsnachweise als auch die weiterhin von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung durchzuführenden Qualitätsprüfungen sind Bestandteil eines aufeinander abgestimmten Systems der internen und externen Qualitätssicherung. Es handelt sich gleichsam um flankierende Elemente zur Abstützung der vom Gesetzgeber des PQsG vorgegebenen primären Zielrichtung, die Leistungsqualität von innen, aus den Einrichtungen selbst heraus, zu entwickeln, wenn sie dauerhaft und nachhaltig gesichert und weiterentwickelt werden soll. Die Instrumente zur externen Qualitätssicherung werden für die Einrichtungen Impulswirkungen entfalten, die eigenen Anstrengungen zur Qualitätssicherung noch weiter auszubauen.

Zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen zur externen Qualitätssicherung hat der Gesetzgeber die Bundesregierung in § 118 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften anzuordnen. Von der Ermächtigung wird mit der vorliegenden Verordnung Gebrauch gemacht. Die Regelungsinhalte der Verordnung zielen vor allem auf die nachfolgenden Regelkreise ab:

- Es werden die Leistungen näher bestimmt, die als qualitätsgebundene Leistungsangebote in die Qualitätssicherung nach der Verordnung einzubeziehen sind. Hierbei handelt es sich im Kern um Leistungen, die nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches erbracht werden. Hinzu kommen bei Pflegediensten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Ferner sollen im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Leistungsabrechnungen mit überprüft werden.
- Zur Beratung von Pflegeeinrichtungen wird der beratungsorientierte Prüfansatz des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung verankert. Ferner wird zur Vermeidung von Interessenskonflikten die Trennung von Beratung und Prüfung vorgesehen.
- Die Kernregelungen der Verordnung stellen die einheitlichen Anforderungen an die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und die Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen dar sowie das daran anknüpfende Prüfraster einschließlich einer Bewertungssystematik.

Dabei ist es selbstverständlich, dass sich die inhaltlichen Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Leistungen auch weiterhin aus gesetzlichen Regelungen sowie den vertraglichen Vereinbarungen der Partner der Pflegeselbstverwaltung - insbesondere aus den Vereinbarungen nach den §§ 72, 75, 80 Abs. 1, 80 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch - ergeben. Es ist jedoch erforderlich, die sich aus diesen Vorgaben ergebenden inhaltlichen Maßstäbe für die Qualitätsprüfungen sowie die Leistungs- und Qualitätsnachweise praktisch anwendbar zu machen und zu operationalisieren.

Unter Beachtung dieser rechtlichen und praktischen Erfordernisse werden durch die Verordnung unter anderem

1. die Prüfgegenstände festgelegt,
2. die Erhebungsmerkmale an den Prüfebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgerichtet und
3. eine Bewertungssystematik für die Durchführung von Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises vorgegeben.

Diese Vorgaben werden in der Prüfhilfe verbindlich verankert.

Die Prüfhilfe beinhaltet umfangreiche Prüfkataloge (ambulant und stationär), die bei einer Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder bei einer Prüfung zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen zugrunde gelegt werden müssen. Dabei orientiert sich das Prüfraster unter anderem an Prüfsystemen, die bereits jetzt in der Praxis zur Anwendung kommen - insbesondere an der vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen im Jahr 2000 herausgegebenen „MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI“ in der ambulanten und stationären Pflege. Diese Prüfanleitung wird sowohl von Fachbeteiligten als auch von Partnern der Pflegeselbstverwaltung als sinnvolles und hilfreiches Instrument zur Durchführung von Qualitätsprüfungen angesehen. Die Prüfhilfe stellt daher für die Beteiligten weder ungewohntes Neuland dar noch beinhaltet sie Anforderungen, die vom Grundsatz nicht auch bisher bereits Gegenstand der Prüfung vertraglich vereinbarter oder gesetzlicher Anforderungen an die Leistungsinhalte waren.

Die Prüfhilfe beinhaltet ferner eine Bewertungssystematik für die Beurteilung der Leistungsqualität der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen, die die einzelnen Prüfgegenstände durch die Bildung von Fragenkategorien unterschiedlicher Wertigkeit zueinander und im Hinblick auf das Gesamturteil gewichtet. Außerdem sind für besonders bedeutsame Sachverhalte Ausschlusskriterien vorgesehen.

- In enger Anlehnung an die bereits bisher bestehenden gesetzlichen Vorgaben des Elften Buches Sozialgesetzbuch regelt die Verordnung weiterhin die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie die Konsequenzen aus der Durchführung von Qualitätsprüfungen.

Als Neuerung ist dabei hervorzuheben, dass künftig Stichproben und vergleichende Prüfungen eine stärkere Bedeutung erhalten sollen. Die Regelung des § 118 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sieht eine regelmäßige Berichtspflicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor. Insbesondere zur ordnungsgemäßen Erfüllung dieser Berichtspflicht sollen Stichprobenprüfungen durchgeführt werden. Außerdem ist eine Validierung des neuen Systems von Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen erforderlich. Die Stichprobenprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung dienen auch dieser Validierung.

Die vergleichenden Prüfungen dienen dazu, den jeweils erreichten Stand der einrichtungsinternen Qualitätssicherung sowie einzelne Leistungsangebote von Pflegeeinrichtungen oder Pflegeeinrichtungen insgesamt in eine vergleichende Betrachtung einzubeziehen. Die Vorschrift hat einen doppelten Zweck. Sie soll dazu beitragen, generell die Ursachen und Hintergründe von Qualitätsunterschieden aufzudecken und zugleich den in die Vergleichsüberprüfung einbezogenen Einrichtungen Erkenntnisse und Hinweise für Ansätze zur Qualitätsverbesserung aufzeigen.

Als wichtige Neuregelungen sind ferner die Vorschriften über

- die Anforderungen an die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen,
- deren Anerkennung durch die Verbände der Pflegekassen sowie
- die Durchführung der Prüfungen zur Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises durch die neuen Prüfinstitutionen

anzusehen.

- Zur Wahrnehmung der Prüfaufgabe müssen die Prüfpersonen die erforderliche Zuverlässigkeit, Geeignetheit, Unabhängigkeit und Qualifikation besitzen, ihre Prüftätigkeit dauerhaft und regelmäßig ausüben sowie einen geordneten Geschäftsablauf sicherstellen. Die erforderliche Zuverlässigkeit und Geeignetheit ist gegeben, wenn die Prüfperson auf Grund ihrer persönlichen Eigenschaften, ihres Verhaltens und ihrer Fähigkeiten zur ordnungsgemäßen Erfüllung der ihr obliegenden Aufgaben geeignet ist. Die erforderliche Unabhängigkeit ist anzunehmen, wenn keine wirtschaftlichen, finanziellen oder sonstigen Abhängigkeiten gegeben sind, die das Urteil beeinflussen oder das Vertrauen in die unparteiliche und unbefangene Aufgabenwahrnehmung in Frage stellen können. Diese Anforderungen werden anhand von in der Verordnung aufgeführten Regelbeispielen näher erläutert.

Prüfungen in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der häuslichen Krankenpflege, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung dürfen nur durch Pflegefachkräfte oder durch Ärzte durchgeführt werden. Zur Prüfung können weitere Personen hinzugezogen werden. Die Prüfpersonen müssen außerdem auf den Gebieten der internen Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sowie der Prüfung ausreichendes Fachwissen und Praxiserfahrung haben. Schließlich muß eine Schulung nachgewiesen werden, die die Prüfpersonen mit dem System der Qualitätssi-

cherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, dem Bundessozialhilfegesetz und dem Heimgesetz vertraut gemacht hat.

Die Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises einer Pflegeeinrichtung durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen setzt deren (alle fünf Jahre aufzufrischende) Anerkennung durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen voraus. Im Bereich der Akkreditierung von Stellen, die Prüfungen der Qualität von Leistungen durchführen, gilt der Grundsatz, dass auch die akkreditierenden Stellen über die erforderliche Fach- und Sachkenntnis verfügen. Dies ist erforderlich, um dauerhaft ein hohes Niveau bei der Anerkennung zu gewährleisten. Zur fachlichen Beurteilung der Anerkennungsfähigkeit eines unabhängigen Sachverständigen oder einer Prüfstelle können die Anerkennungsstellen daher den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder auf Bundesebene den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen in geeigneter Form beteiligen.

- Durch § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wurde ein bislang gesetzlich nicht verankertes System zur externen Qualitätssicherung eingeführt. Die Vorschrift hat die rechtliche Grundlage für die Verpflichtung der Einrichtungen zu einem regelmäßigen Nachweis ihrer Leistungen und deren Qualität durch Leistungs- und Qualitätsnachweise geschaffen. Durch den (alle zwei Jahre vorzulegenden) Leistungs- und Qualitätsnachweis erbringt die zugelassene Pflegeeinrichtung den Beleg, dass sie den Qualitätsanforderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch entspricht. Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises kann daher ausschließlich die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erfüllt. Die Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises setzt eine erfolgreiche Prüfung durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen voraus. Die Verfahrensvorgaben für diese Prüfungen sind den Verfahrensvorgaben für die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung angenähert. Aus der Zielsetzung, die mit der Einführung der Leistungs- und Qualitätsnachweise verbunden ist, erschließt sich, in welchem Verhältnis „MDK-Prüfungen“ zu den Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen stehen. Ziel war es unter anderem, die primäre Verantwortung der Einrichtungsträger und ihrer Verbände zu stärken (durch den Nachweis der erfolgreichen internen Qualitätssicherung) und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei seinen Prüfaufgaben zu entlasten. Bislang ist die interne Qualitätssicherung aber weder überall eingeführt noch fachlich unumstritten. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Mängel in der pflegerischen Versorgung auch dann

auftreten können, wenn Systeme zur internen Qualitätssicherung eingeführt sind und praktiziert werden. Vor diesem Hintergrund ist es unumgänglich, dass der Gesetzgeber Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch weiterhin aufrecht erhält. Daher ist vorgesehen, dass Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden können. Gleichwohl ist die Vorlage eines Leistungs- und Qualitätsnachweises bei der Bestimmung von Prüfturnus und Prüftiefe der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung angemessen zu berücksichtigen, wenn er nicht älter als ein Jahr ist. Dies gilt nicht für anlassbezogene Prüfungen.

- Als weitere Regelung beinhaltet die Verordnung die Anforderungen an die Einwilligung Pflegebedürftiger zum Zutritt zu Räumen, die einem Wohnrecht unterliegen, zu Befragungen sowie zu Inaugenscheinnahmen der Pflegebedürftigen.

Durch die Umsetzung der Verordnungsermächtigung werden für die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Kostenwirkungen ausgelöst. Für die regelmäßige Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen wurden im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz jährliche Kosten von etwa 40 Mio. DM prognostiziert, die in die Pflegesätze einkalkuliert werden können. Dabei wurde von einem zweijährigen Nachweisturnus ausgegangen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die prognostizierte Größenordnung zutrifft und durch die Rechtsverordnung nicht ausgeweitet wird. Bei den Verbänden der Pflegekassen entsteht Aufwand für die bereits im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vorgesehene Durchführung von Anerkennungsverfahren von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen. Die Mehrausgaben sind von geringer Bedeutung, so dass mittelbare Auswirkungen auf die Wirtschaft nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, zu rechnen.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 - Zweck

Die in der Verordnung vorgesehenen Regelungen sollen insgesamt dazu beitragen, dass die gesetzlich vorgeschriebene und vertraglich vereinbarte Leistungsqualität eingehalten und die den Einrichtungen anvertrauten hilfebedürftigen Personen angemessen und bedürfnisgerecht versorgt und betreut werden. In Satz 1 knüpft die Vorschrift daher an die in § 11 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Grundsätze an.

Dabei berücksichtigt Satz 2, dass die in der Verordnung vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen eingebettet sind in ein Gesamtsystem sich ergänzender Instrumente von interner und externer Qualitätssicherung. Dies wird beispielsweise mit Blick auf die Neuregelung in § 80 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch deutlich. Nach dieser Vorschrift vereinbaren die Partner der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene unter anderem Maßgaben, nach denen die Einrichtungen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagementsystem einführen und weiterentwickeln, dessen Umsetzung im Rahmen der Prüfungen nach dieser Verordnung untersucht wird. Vor diesem Hintergrund erschließt sich, dass (externe) Qualitätsberatung und Prüfung der Leistungsqualität nach dieser Verordnung in engem Zusammenhang stehen mit den einrichtungsinternen Anstrengungen zur Qualitätssicherung. Es handelt sich gleichsam um flankierende Elemente zur Abstützung der vom Gesetzgeber des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) vorgegebenen primären Zielrichtung, die Leistungsqualität von innen, aus den Einrichtungen selbst heraus zu entwickeln, wenn sie dauerhaft und nachhaltig gesichert und weiterentwickelt werden soll.

Zu § 2 - Begriffsbestimmungen

Zu Absatz 1

Im Interesse der begrifflichen Klarheit differenziert Absatz 1 zwischen

- Qualitätsprüfungen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestellte Sachverständige und

- Prüfungen, die von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen

durchgeführt werden. Dies ist erforderlich, weil diesen Prüfinstitutionen im System der externen Qualitätssicherung unterschiedliche Funktionen zukommen. Während der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen tätig ist und seine Prüfaufgabe eingebettet in ein sanktionsbewehrtes Prüfsystem wahrnimmt, werden die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im Auftrag der geprüften Einrichtung tätig.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift dient der Vereinfachung. Nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Hinblick auf die Durchführung von Qualitätsprüfungen gleichgestellt. Dementsprechend stellt Absatz 2 sicher, dass die Vorschriften für den Medizinischen Dienst auch auf diese Sachverständigen anzuwenden sind, soweit nichts anderes geregelt ist. Zur Vermeidung von Missverständnissen ist darauf hinzuweisen, dass die bestellten Sachverständigen nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht verwechselt werden dürfen mit unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 3 – Regelungstatbestände

Aus der Vorschrift erschließt sich die sachliche Reichweite der Verordnung. Da die Ermächtigungsnorm bereits nähere Vorgaben zum sachlichen Anwendungsbereich beinhaltet, dient die Vorschrift primär der Klarstellung, dass in vollem Umfang von der Ermächtigung Gebrauch gemacht werden soll. Sie hat insoweit vorrangig deklaratorischen Charakter. Im Hinblick auf die der Qualitätssicherung unterworfenen Leistungen werden die Regelungstatbestände in § 4 weiter aufgefächert.

Zu Absatz 1

Neben den ausdrücklich in der Ermächtigungsnorm selbst aufgeführten Prüfgegenständen wird der Anwendungsbereich auf die Leistungsabrechnung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie die Anforderungen nach § 2 Abs. 8 i.V.m. § 23 Abs. 2 des Infektions-

schutzgesetzes erstreckt. Die Berechtigung und das Erfordernis, diese Regelungsgegenstände in die Verordnung einzubeziehen, ergibt sich daraus, dass der Katalog der Regelungsgegenstände in der Ermächtigungsnorm nicht abschließend aufgeführt ist. Außerdem ist in § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgegeben, dass die Qualitätsprüfungen auch auf die Leistungsabrechnung und die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu erstrecken sind. Für die Anforderungen nach § 2 Abs. 8 i.V.m. § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes ergibt sich dies aus § 114 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Absatz 2

Durch Absatz 2 wird klargestellt, dass die Verordnung Regelungen über Beratungen und Prüfungen nach anderen Rechtsvorschriften unberührt lässt. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die Regelungen nach dem Heimgesetz erforderlich. Darüber hinaus gilt dies beispielsweise auch für Prüfbefugnisse, die sich aus Regelungen oder Vereinbarungen nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches ergeben. Um sicherzustellen, dass die Prüfungen nicht unkoordiniert nebeneinander durchgeführt werden, sieht § 11 die Pflicht vor, beispielsweise auch die zuständigen Heimaufsichtsbehörden einzubinden. Gleiches gilt für die Krankenkassen, wenn sich die Prüfung auch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege erstreckt hat und dabei Mängel aufgetreten sind.

Zu § 4 – Qualitätsgebundene Leistungen

Die Vorschrift hat zum Ziel, den Anwendungsbereich der Verordnung im Hinblick auf die der Qualitätssicherung unterworfenen Leistungen näher zu definieren.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 führt in Anknüpfung an das Elfte Buch Sozialgesetzbuch katalogartig die Leistungstatbestände auf, die der Qualitätssicherung nach der Verordnung unterworfen werden. Dabei wird in Satz 1 zugleich klargestellt, dass es sich nur um solche Leistungen handelt, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Zur Klarstellung werden diese Leistungstatbestände in den Folgeabsätzen weiter aufgefächert.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift dient der näheren Definition der qualitätsgebundenen Sachleistungen im Bereich der häuslichen Pflege. Sie knüpft hierzu in den Nummern 1 und 2 an § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an. Danach werden als Sachleistung in der häuslichen Pflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als häusliche Pflegehilfe gewährt.

In Nummer 3 wird klargestellt, dass auch Leistungen nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu den qualitätsgebundenen Leistungen gehören. Dies gilt jedenfalls dann, wenn sie als Leistung einer gemischten Pflegeeinrichtung gemeinsam mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden. Leistungen nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind in der Ermächtigungsnorm nicht ausdrücklich genannt. Die Berechtigung und das Erfordernis, diese Leistungen in der Verordnung zu regeln, ergibt sich daraus, dass der Katalog der Regelungsgegenstände in der Ermächtigung nicht abschließend ist. Hinzu kommt, dass nach § 112 Abs. 3 Satz 3 und § 114 Abs. 3 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Qualitätsprüfungen einzubeziehen sind, wenn sie von der Einrichtung neben Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden.

Zu Absatz 3

Parallel zu der Regelung in Absatz 2 für den Bereich der häuslichen Pflege legt Absatz 3 für die Bereiche der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege in stationären Einrichtungen die Leistungen näher fest, die als qualitätsgebundene Leistungen der Qualitätssicherung nach der Verordnung unterworfen sind. Dabei erstreckt sich Satz 1 auf die Leistungen der Grundpflege, der sozialen Betreuung, der medizinischen Behandlungspflege, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und die Zusatzleistungen. Dabei ist insbesondere im Hinblick auf die soziale Betreuung darauf hinzuweisen, dass es stationäre Pflegeeinrichtungen gibt, die behinderte Menschen versorgen und die Leistungsangebote auf deren Bedürfnisse zugeschnitten sein sollten (Soweit hierfür Leistungen erforderlich sind, die über den Regelungsinhalt nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch hinausgehen, wäre jeweils zu prüfen, ob auch eine Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger nach § 93 Bundessozialhilfegesetz erforderlich ist.).

Satz 2 unterwirft bei der teilstationären Pflege auch die Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zu der Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück den qua-

litätsgebundenen Leistungen. Dies ist erforderlich, weil die Beförderung nach § 41 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Bestandteil der Tages- und Nachtpflege ist.

Zu § 5 – Beratung

Zu Absatz 1

Absatz 1 knüpft an die gesetzliche Regelung in § 112 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an. Die Regelung stellt gleichsam eine generelle Norm für die Beratungsinhalte der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wahrgenommenen Beratungstätigkeit für Pflegeeinrichtungen dar. Sie steht in engem Zusammenhang mit der Zielrichtung, die Pflegequalität nicht primär durch externe Kontrollen, sondern von innen, aus den Einrichtungen selbst heraus, zu sichern und fortzuentwickeln.

Eine weitergehende Konkretisierung der Beratungsinhalte erscheint vor dem Hintergrund der Vielgestaltigkeit möglicher Beratungsanlässe nur im Hinblick auf die Beratung zur Förderung der Verfahren zur einrichtungsinternen Qualitätssicherung sinnvoll. Zur Benennung des konkreten Beratungsbedarfs und -inhalts sind die Beteiligten (Einrichtungsträger und Berater) „vor Ort“ gefragt.

Zur Sicherstellung einer stets qualifizierten und neutralen Beratung sieht Satz 4 vor, dass für Berater, die Pflegeeinrichtungen im Bereich der Qualität und Qualitätssicherung beraten wollen, die Anforderungen des Fünften Abschnitts der Verordnung entsprechend gelten. Die Beratung ist für die Pflegeeinrichtung unentgeltlich; diese Vorgabe korrespondiert mit der Unentgeltlichkeit der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Ein Anspruch auf Beratung besteht nicht; diese Regelung steht im Zusammenhang mit der Vorgabe, dass die Beratung nur im Rahmen der Möglichkeiten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgen soll.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift soll sicherstellen, dass Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, die eine Einrichtung entgeltlich - etwa im Rahmen einer Nebentätigkeit - beraten haben, nicht innerhalb von fünf Jahren eine Qualitätsprüfung in der gleichen Einrichtung durchführen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift hat den Zweck, den in der Qualitätssicherung geltenden Grundsatz der Trennung von Beratung und Prüfung für die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen zu verankern, wenn - etwa bei der Einführung eines internen Qualitätssicherungssystems - umfangreiche Beratungen durchgeführt werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Beratungen, die in engem Zusammenhang mit der Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises stehen und zum Beispiel im Rahmen des Abschlussgespräches erfolgen, nicht zum Ausschluss von Prüfungen führen sollen.

Zu § 6 – Prüfgrundsätze

Zu Absatz 1

Nach der Ermächtigungsnorm des § 118 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch soll die Verordnung u.a. die Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen und die Prüfverfahren regeln.

Dies zeigt, dass die Verordnung primär die verfahrensrechtlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen sowie durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zum Gegenstand hat. Das bedeutet, sie regelt die Grundsätze für die Durchführung von Beratungen der Pflegeeinrichtungen sowie zur Einleitung, Durchführung und zu den Folgen von Qualitätsprüfungen und den Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen. Die inhaltlichen Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Leistungen ergeben sich auch weiterhin aus gesetzlichen Regelungen sowie den vertraglichen Vereinbarungen der Partner der Pflegeselbstverwaltung - insbesondere aus den Vereinbarungen nach den §§ 72, 75, 80 Abs. 1 und 80 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie den einschlägigen Regelungen und Vereinbarungen für die häusliche Krankenpflege. Absatz 1 stellt diesen Prüfmaßstab ausdrücklich klar.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird klargestellt, dass Prüfungen in Form von Einzelprüfungen, Stichproben oder vergleichenden Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt werden. Zugleich wird klargestellt, dass Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- Qualitätsnachweisen unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen vorbehalten sind.

Zu Absatz 3

Im Grundsatz gilt, dass für alle Qualitätsprüfungen sowie für Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen gleiche Prüfkriterien gelten. Die Einheitlichkeit ist nicht nur zur Vermeidung regional unterschiedlicher Handhabungen geboten, sondern auch um sicherzustellen, dass keine unterschiedlichen Verfahrensmaßstäbe angelegt werden; denn das gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Qualitätsniveau ist für alle Prüfinstitutionen im Grundsatz gleich.

Allerdings ist zu beachten, dass der Gesetzgeber die Prüfgegenstände, die bei einer Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises zu prüfen sind, beschränkt hat. Nach § 112 Abs. 3 und § 114 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erstrecken sich diese Prüfungen nicht auf die Leistungsabrechnung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie die Anforderungen nach § 2 Abs. 8 i.V.m. § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Verordnung sieht daher vor, dass die Prüfung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie der Anforderungen nach § 2 Abs. 8 i.V.m. § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes sowie die Prüfung von Leistungsabrechnungen nur im Rahmen von Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgt.

Zu § 7 - Prüfhilfe

Zu Absatz 1

Im Interesse einheitlicher Prüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen stellt die Vorschrift klar, dass bei Qualitätsprüfungen und bei Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen die Prüfhilfe aus der Anlage zu dieser Verordnung in der jeweiligen Fassung anzuwenden ist. Die Verbindlichkeit des Prüfrasters wird darüber hinaus auch deshalb vorgesehen, weil so die streitanfällige und schwierige Fragestellung vermieden werden kann, ob ein anderes Prüfsystem oder Prüfraster den gesetzlichen Anforderungen entspricht oder nicht.

Dies schließt nicht aus, dass die Erhebungsbögen aus der Prüfhilfe in andere Prüfungssysteme, die auch weitergehend sein können, integriert werden.

Die Verbindlichkeit macht zugleich die katalogartige Auflistung von Prüfinhalten in dem Verordnungstext selbst entbehrlich. Dies wäre aus Gründen der Einhaltung des Bestimmtheitsgrundsatzes nur dann erforderlich, wenn auch vergleichbare Prüfungssysteme zur Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises zur Anwendung gebracht werden könnten.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 erstreckt sich die Prüfhilfe auf allgemeine Angaben über die zugelassene Pflegeeinrichtung, prüfungserhebliche Tatsachen zur Durchführung der jeweiligen Prüfung sowie insbesondere auf Erhebungen über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Eine nähere Aufgliederung ist entbehrlich, weil die Prüfhilfe selbst verbindlichen Charakter erhält.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verdeutlicht, dass die Prüfhilfe zur Feststellung, ob Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen erfolgreich abgeschlossen werden, Beurteilungs- und Auslegungshilfen enthält, die sicherstellen, dass

1. die Prüfgegenstände bewertet und zueinander gewichtet werden können sowie
2. bei Vorliegen von Ausschlusskriterien das Bestehen der Prüfung ausgeschlossen ist.

Demgegenüber entfaltet das Bewertungssystem keine Bindungswirkung für Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Dies ergibt sich daraus, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung keine Leistungs- und Qualitätsnachweise erteilt, so dass die Anwendung der Bewertungssystematik nicht erforderlich ist.

Insbesondere im Interesse der ambulanten Einrichtungen ist bei Anwendung der Prüfhilfe zu gewährleisten, dass sich die Bewertung auf die von der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbrachten und zu verantwortenden Leistungen beschränkt.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift stellt sicher, dass die Prüfhilfe nach Prüfungen in stationären und ambulanten zugelassenen Pflegeeinrichtungen aufgegliedert wird.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift sichert ab, dass sich die Prüfungen auf Grundlage der Prüfhilfe auch auf die Befragung von Beschäftigten, Angehörigen sowie des Heimbeirates, Heimfürsprechers oder des Ersatzgremiums erstrecken können und Befragungen sowie Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen beinhalten. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung der Teilnahme dürfen keine Nachteile entstehen. Die Vorschrift korrespondiert mit § 23. Sowohl für die Inaugenscheinnahmen als auch für die Befragungen der Pflegebedürftigen müssen die Voraussetzungen des § 23 eingehalten werden. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass personenbezogene Daten nur in den Grenzen der §§ 93ff. des Elften Buches Sozialgesetzbuch von den beteiligten Stellen zur Erfüllung der ihnen übertragenen gesetzlichen Aufgaben erhoben, übermittelt, verarbeitet oder genutzt werden dürfen und die Löschungsvorschriften, insbesondere des § 107 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, einzuhalten sind.

Zu Absatz 6

Das neue Prüf- und Bewertungssystem nach der Verordnung orientiert sich u.a. an bereits in der Praxis eingesetzten Prüfinstrumenten. Gleichwohl ist es unumgänglich, im Interesse der Fortentwicklung und Verbesserung des neuen Instrumentariums, die damit gemachten Erfahrungen auszuwerten. Daher wird eine Überprüfungsklausel vorgesehen. Hierbei wird unter anderem zu prüfen sein,

- wie die Entwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Pflegeeinrichtungen durch die Anwendung der Prüfhilfe beeinflusst wird,
- welche Wirkungen auf die Entwicklung und den Einsatz einrichtungsinterner Qualitätssicherungsinstrumente feststellbar sind,
- wie das neue Prüfsystem mit anderen Prüfsystemen zusammenwirkt.

Zu § 8 – Befugnisse der Prüfpersonen und Pflichten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen

Zu Absatz 1

Die Regelung dient dazu, die Zugangsrechte der Prüfpersonen und deren Einsichtsmöglichkeiten in Unterlagen zu konkretisieren. Soweit die Unterlagen personenbezogene Daten enthalten, sind die Vorschriften des Neunten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch, insbesondere die Vorschriften zur Löschung dieser Daten, zu beachten. Ferner soll die Vorschrift zur ordnungsgemäßen Durchführung der Prüfungen „vor Ort“ nach Möglichkeit gewährleisten, dass geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Sie ergänzt insoweit die Regelung des § 114 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für Prüfpersonen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Die Vorschrift gilt zugleich für unabhängige Sachverständige und Prüfpersonen aus Prüfstellen.

Zu Absatz 2

Für die reibungslose Durchführung der Prüfungen ist es ferner erforderlich, dass die Prüfpersonen in Betriebsunterlagen Einsicht nehmen können. Dabei sind die Pflegedokumentation, soweit sie sich nicht beim Pflegebedürftigen befindet, sowie Unterlagen vorzuhalten, die Aufschluss geben über die betreuten Pflegebedürftigen, Pflegeplanungen und Pflegeverläufe, Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung, freiheitsbeschränkende oder -entziehende Maßnahmen, die Arzneimittelversorgung, das beschäftigte Personal, die Dienst- und Einsatzplangestaltung, ärztlich verordnete Maßnahmen der Kranken- oder Behandlungspflege sowie über Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Diese Vorstrukturierung erleichtert den Einrichtungsträgern und den Prüfpersonen die Vorbereitung und Durchführung der Prüfung.

Dabei ist im Interesse der Einrichtungsträger zu berücksichtigen, dass die Vorlage der in Nummer 10 aufgeführten Unterlagen bei unangemeldeten Prüfungen auf Schwierigkeiten stoßen kann. In diesem Fall wird daher die Möglichkeit eingeräumt, nicht verfügbare Unterlagen unverzüglich nachzureichen.

Sofern sich eine Qualitätsprüfung auch auf die Leistungsabrechnung erstreckt, sind nach Satz 3 ferner die ohnehin zur Leistungsabrechnung nach den §§ 105, 106 des Elften Buches

Sozialgesetzbuch und die nach § 302 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen Unterlagen vorzuhalten.

Zu § 9 - Prüfarten

Zu Absatz 1

Die Regelung macht deutlich, dass ein Schwerpunkt der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung neben anlassbezogenen Einzelprüfungen künftig vor allem im Bereich der Stichproben und vergleichenden Prüfungen liegt. Die Entscheidung über die Art der Prüfung obliegt den Landesverbänden der Pflegekassen. Die Regelung stellt weiter sicher, dass jährlich wenigstens 20 vom Hundert der zugelassenen Pflegeeinrichtungen einer Qualitätsprüfung unterzogen werden. Diese Quote soll gewährleisten, dass Qualitätsprüfungen generell in ausreichender Zahl durchgeführt werden, weil sich herausgestellt hat, dass beispielsweise anlassbezogene Einzelprüfungen nicht immer zeitnah durchgeführt werden können.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt, dass sich die Qualitätsprüfung bei Einzelprüfungen auf die jeweilige Pflegeeinrichtung beschränkt. Satz 2 gewährleistet, dass eine anlassbezogene Prüfung nicht auf den konkreten Prüfanlass begrenzt werden muß.

Zu Absatz 3

In diesem Absatz sind die Stichprobenprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geregelt, die unter anderem eine Validierung des neuen Systems von Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen sicherstellen sollen.

Der Umfang der Stichprobenprüfungen wird nicht festgelegt. Die Stichprobenauswahl ist von den Landesverbänden der Pflegekassen festzulegen. Damit die Einrichtungen nicht einem unzumutbarem Prüfaufwand ausgesetzt werden, sieht Satz 3 außerdem Ausschlussregelungen für die Aufnahme einer Einrichtung in die Stichprobe vor. Danach dürfen Pflegeeinrichtungen nicht in zwei aufeinanderfolgende Stichproben aufgenommen werden.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift dient dazu, vergleichende Qualitätsprüfungen durchzuführen. Durch sie werden der jeweils erreichte Stand der einrichtungsinternen Qualitätssicherung (Satz 1 Nr. 1) oder einzelne Leistungsangebote von Pflegeeinrichtungen oder Pflegeeinrichtungen insgesamt (Satz 1 Nr. 2) in eine vergleichende Betrachtung einbezogen. Die Vorschrift hat einen doppelten Zweck. Sie soll dazu beitragen, generell die Ursachen und Hintergründe von Qualitätsunterschieden aufzudecken und zugleich den in die Vergleichsüberprüfung einbezogenen Einrichtungen Erkenntnisse und Hinweise für Ansätze zur Qualitätsverbesserung und –entwicklung aufzeigen. Anders als der Pflegeheimvergleich nach § 92 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beschränkt sich diese Prüfung auf eine ausgewählte Zahl von Einrichtungen und dient primär der vergleichenden Untersuchung von qualitativen Unterschieden.

Hierzu werden die in den Vergleich einzubeziehenden Einrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen anhand von Kriterien ausgewählt, die sowohl für die Auswahl als auch für den Vergleich selbst herangezogen werden können. Beispielhaft und nicht abschließend werden in Satz 3 diese Kriterien aufgeführt. Im Interesse der Einrichtungen sollen zugelassene Pflegeeinrichtungen nicht innerhalb eines Jahres nach einer Einzelprüfung oder einer Stichprobenprüfung in eine vergleichende Qualitätsprüfung einbezogen werden werden. Mit Einwilligung des Trägers der jeweils betroffenen Einrichtung können den beteiligten Vergleichseinrichtungen sowie deren Verbänden die Ergebnisse des Einrichtungsvergleichs zugänglich gemacht werden. Hierdurch wird für die beteiligten Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen, im Vergleich mit anderen Einrichtungen Hinweise und Erkenntnisse zur Fortentwicklung und Verbesserung der Leistungsqualität zu gewinnen. Aus Gründen des Datenschutzes sind personenbezogene Daten von den Pflegekassen zu anonymisieren.

Zu § 10 - Prüfverfahren

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Einleitung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von den Landesverbänden nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestellte Sachverständige. Diese Prüfungen setzen stets einen Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen voraus, der Angaben zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang beinhaltet. Diese Regelung ist erforderlich, weil die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die nach § 112 Abs. 3 bestellten Sachverständigen ihre Prüfkompetenz im Einzelfall von dem Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen ableiten.

Im Interesse eines reibungslosen Prüfablaufs sind dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von den Landesverbänden der Pflegekassen auf Verlangen auch die in Satz 4 aufgezählten Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Anlassbezogene Qualitätsprüfungen müssen unverzüglich durchgeführt und dürfen nicht aufgeschoben werden. Soweit auch Prüfungen der Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfolgen sollen, sind auch die Landesverbände der Krankenkassen über die Einleitung der Qualitätsprüfung zu benachrichtigen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift erstreckt die Regelung des § 114 Abs. 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf die Landesverbände der Pflegekassen und bindet sie an das Erfordernis einer Ermessensprüfung bei der Erteilung des Prüfauftrages im Hinblick auf Prüfumfang und Prüfzeitpunkt, sofern ein Leistungs- und Qualitätsnachweis vorliegt, dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt. Dies gilt nicht für anlassbezogene Einzelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, da hierbei Sachverhalte geprüft werden, die bei einer vorherigen Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises in der Regel noch nicht bekannt gewesen sind.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Anforderungen an die Vorankündigung von Qualitätsprüfungen. Sie hat einen doppelten Zweck. Zum einen soll sie bei angemeldeten Prüfungen die Einhaltung einer Mindestankündigungsfrist sicherstellen. Ferner dient sie der Vorbereitung der Qualitätsprüfung. Hierzu wird dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung das Recht eingeräumt, vor der Begehung der Einrichtung die Übersendung von Unterlagen nach § 8 Abs. 2 zu verlangen, soweit sie nicht bereits bei den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorliegen.

Zu Absatz 4

Die Qualitätsprüfungen dienen neben der Feststellung der Struktur- und Prozessqualität insbesondere der Überprüfung der Ergebnisqualität. Hierzu ist es unverzichtbar, dass im Zusammenhang mit einer Qualitätsprüfung auch der pflegerische und gesundheitliche Zustand der Pflegebedürftigen in Augenschein genommen wird (§ 7 Abs. 5). Die Vorschrift regelt die Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Prüfung. Sie berücksichtigt im Interesse effektiver Qualitätsprüfungen, dass nicht alle Pflegebedürftigen in eine Qualitätsprüfung einbezogen werden, sondern nur anhand einer Stichprobenauswahl ausgewählte Pflegebedürftige. Dabei

erscheint es sinnvoll, die Auswahl soweit als möglich auf Grundlage vorhandener Pflegedokumentationen zu treffen. Sie stellt ferner sicher, dass Befragungen und Inaugenscheinnahmen bei den ausgewählten Pflegebedürftigen mit deren Einwilligung erfolgen.

Zu Absatz 5

Die Regelung stellt klar, dass auch bei Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die erforderlichen Prüferqualifikationen, die im Fünften Abschnitt der Verordnung geregelt sind, entsprechend gelten und auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung weitere Personen in die Prüfung einbeziehen kann. Zur Überprüfung der Abrechnung von Leistungen können dies auch Beschäftigte von Pflegekassen sein oder, soweit es sich um die Leistungsabrechnung von Leistungen nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch handelt, von Krankenkassen.

Zu § 11 - Prüfergebnisse

Zu Absatz 1

Nach der Vorschrift sind die Prüfergebnisse mit der Einrichtung nach Abschluss der Prüfung zu erörtern. Innerhalb von vier Wochen nach der Qualitätsprüfung soll ein Prüfbericht erstellt werden. Dies dient dem Zweck, der geprüften Pflegeeinrichtung das Prüfergebnis unverzüglich zugänglich zu machen. Die Vorschrift stellt in Anlehnung an die gesetzliche Regelung in § 115 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zudem sicher, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die bei den Prüfungen gewonnenen Daten und Informationen an die in Satz 3 genannten Institutionen weiterleitet. Zur Klarstellung ist darauf hinzuweisen, dass die Heimaufsichtsbehörden nicht nur die Prüfberichte über die vollstationäre, sondern auch über die Kurzzeitpflege sowie die Tages- und Nachtpflege erhalten. Soweit die Pflegeeinrichtung eine Stellungnahme abgegeben hat, ist diese beizufügen.

Die aufgelisteten Berichtsgegenstände zeigen, dass der Prüfbericht über eine bloße Mitteilung von Daten und Informationen hinausgeht. Der Prüfbericht dient nicht nur der Wiedergabe von Mängeln, sondern soll den Qualitätsstand der Einrichtung umfassend - auch unter Berücksichtigung positiver Ansätze - wiedergeben. Qualitätsprüfungen machen nur Sinn, wenn sie zur Fortentwicklung der Leistungsqualität beitragen. Vor diesem Hintergrund muss der Prüfbericht auch die genannten Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität beinhalten.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift greift die gesetzliche Verpflichtung zur Einbindung der Trägervereinigung auf, wenn eine entsprechende Anforderung gegeben ist (§ 115 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Verfahren, wenn eine Qualitätsprüfung ergeben hat, dass eine Pflegeeinrichtung die Qualitätsanforderungen nicht erfüllt. In diesem Fall entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. An dem Anhörungsverfahren soll die Prüfperson des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung beteiligt werden.

Im Hinblick auf vertragsrechtliche Konsequenzen für den Fall schwerwiegender Mängel oder nicht rechtzeitiger Mängelbeseitigung nach Fristsetzung verbleibt es bei den - auch durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - nicht veränderten Regelungen zur Kündigung des Versorgungsvertrages. Außerdem können die Regelungen des § 115 Abs. 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur Anwendung kommen, wenn Mängel gegeben sind oder waren.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift hat eine zweifache Zielsetzung. Sie dient der Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen bei der Übermittlung des Prüfberichts sowie der dem Prüfbericht gegebenenfalls beizufügenden Stellungnahme der Einrichtung und ermöglicht zugleich die Veröffentlichung des Prüfberichts durch die geprüfte Pflegeeinrichtung. Der Prüfbericht sowie die Stellungnahme der Einrichtung dürfen anonymisierte Angaben über Personen enthalten. Die Regelung schließt lediglich aus, dass diese Angaben personenbezogen sind. Es ist ferner zulässig, zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der beteiligten Stellen nach den Absätzen 1 bis 3 - etwa zur Mängelbeseitigung im Verfahren nach Absatz 3 - personenbezogene Daten nach den §§ 97 und 115 des Elften Buches Sozialgesetzbuch weiterzugeben. Dies dient insbesondere auch der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den zuständigen Heimaufsichtsbehörden.

Die Veröffentlichung des Pflegeberichtes gibt der Pflegeeinrichtung die Möglichkeit, die ihr bescheinigte Pflegequalität bekannt zu machen. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wird damit zugleich eine weitere Informationsquelle für die Entscheidung zur Wahl einer Pflegeeinrichtung erschlossen.

Zu § 12 - Vorlagepflicht

Zu Absatz 1

Die Regelung stellt klar, dass Leistungs- und Qualitätsnachweise regelmäßig, spätestens alle zwei Jahre, vorzulegen sind. Sie knüpft damit an die Vorschrift des § 113 Abs. 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an, nach der eine Einrichtung nur dann einen Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung hat, wenn sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, der nicht älter ist als zwei Jahre. Ferner stellt die Regelung in Satz 2 klar, dass Leistungs- und Qualitätsnachweise auf einer Prüfung nach der Pflege-Prüfverordnung beruhen müssen.

Zu Absatz 2

Satz 1 der Vorschrift knüpft an die entsprechende Regelung in § 113 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an und bekräftigt, dass ein Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises besteht, wenn die Qualitätsprüfung ergeben hat, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung wenigstens die gesetzlich vorgeschriebene und vertraglich vereinbarte Leistungsqualität aufweist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Feststellung anhand der Prüfhilfe zu treffen ist. Satz 2 regelt den Kreis derjenigen Stellen, die zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises berechtigt sind. Außerdem stellt Satz 2 klar, dass die Prüfstellen gegenüber der zu prüfenden Einrichtung die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Prüfverfahrens tragen. Das bedeutet insbesondere, dass eine wirksame Anerkennung durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen gegeben ist, dass die eingesetzten Prüfpersonen die nach der Verordnung erforderlichen fachlichen und persönlichen Anforderungen erfüllen und insbesondere das Erfordernis der Unabhängigkeit in jedem Einzelfall eingehalten wird. Satz 3 korrespondiert mit der Regelung in Absatz 1 und macht deutlich, dass der Leistungs- und Qualitätsnachweis nach zwei Jahren seine Wirksamkeit verliert, die Einrichtungen können sich nach Ablauf der 2-Jahresfrist gegenüber Dritten nicht mehr auf den Leistungs- und Qualitätsnachweis berufen.

Zu § 13 - Verfahren zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises

Zu Absatz 1

Durch Absatz 1 wird die Einleitung des Verfahrens zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises geregelt. Die Einleitung des Verfahrens setzt einen Auftrag durch die zu prüfende Pflegeeinrichtung an die prüfende Stelle voraus. Zur Vorbereitung der Prüfung sind der prüfenden Stelle die in § 10 Abs. 1 Satz 4 aufgeführten Unterlagen sowie der letzte Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auf Verlangen zuzuleiten. Zur Vereinfachung für die zugelassene Pflegeeinrichtung muß die Anerkennung nach § 20 Abs. 1 Satz 1 ihr gegenüber nachgewiesen werden.

Zu Absatz 2

Bei Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises ist der pflegerische und gesundheitliche Zustand der von der Einrichtung betreuten Pflegebedürftigen in Augenschein zu nehmen (§ 7 Abs. 5). Dabei ist zu beachten, dass - wie bei den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch - nicht alle Pflegebedürftigen bei einer Prüfung berücksichtigt werden können. Vor diesem Hintergrund ist ebenfalls eine Auswahl von Pflegebedürftigen, die in Augenschein genommen werden sollen, zu treffen. Es wird daher die entsprechende Anwendung des § 10 Abs. 4 vorgeschrieben.

Zu Absatz 3

Die Regelung sieht - ähnlich wie bei einer Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - die Erörterung der Prüfergebnisse mit der Pflegeeinrichtung sowie die Erstellung eines Prüfberichts vor, der innerhalb von vier Wochen vorgelegt werden soll. Der Prüfbericht ist über jede Prüfung zu erstellen und beschränkt sich nicht lediglich auf die Mitteilung, ob der Leistungs- und Qualitätsnachweis erteilt wurde oder nicht, sondern beinhaltet wenigstens Angaben über die in § 11 Abs. 1 aufgeführten Berichtsgegenstände. Der Prüfbericht ist den genannten Stellen zu übermitteln. Zur Klarstellung ist dabei darauf hinzuweisen, dass auch die Heimaufsichtsbehörden nicht nur die Prüfberichte über die vollstationäre, sondern auch über die Kurzzeitpflege sowie die Tages- und Nachtpflege erhalten. Soweit die Pflegeeinrichtung eine Stellungnahme abgegeben hat, ist diese beizufügen.

Zu Absatz 4

Nach dem Abschlussgespräch ist der Leistungs- und Qualitätsnachweis unverzüglich zu erteilen und neben den Stellen, die Anspruch auf den Prüfbericht haben, auch dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zuzuleiten.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift regelt das Verfahren, wenn eine Pflegeeinrichtung die gesetzlichen und vertraglichen Qualitätsanforderungen nicht erfüllt. In diesem Fall ist eine Wiederholungsprüfung durchzuführen. Voraussetzung ist, dass die festgestellten Mängel nicht so schwerwiegender Natur sind, dass unmittelbar eine Mängelbeseitigung durch die Landesverbände der Pflegekassen im Verfahren nach § 11 Abs. 3 erforderlich ist.

Wird die Wiederholungsprüfung erfolgreich abgeschlossen, ist der Leistungs- und Qualitätsnachweis unverzüglich zu erteilen. Satz 5 sieht vor, dass Erst- und Wiederholungsprüfung des unabhängigen Sachverständigen oder der Prüfstelle als eine Prüfung gelten. Dies hat den Vorteil, dass nur ein Prüfbericht erstellt werden muss.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift entspricht der Vorschrift des § 11 Abs. 4 für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Sie dient daher ebenfalls der Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen bei der Übermittlung des Prüfberichts sowie der dem Prüfbericht gegebenenfalls beizufügenden Stellungnahme der Einrichtung und ermöglicht zugleich die Veröffentlichung des Prüfberichts durch die geprüfte Pflegeeinrichtung.

Wichtig für das Verständnis der Vorschrift ist, dass sowohl der Prüfbericht als auch die Stellungnahme der Einrichtung anonymisierte Daten, die persönliche Umstände oder Sachverhalte umfassen, beinhalten dürfen. Die Regelung schließt lediglich aus, dass diese Angaben personenbezogen sind. Die Regelung schließt zudem nicht aus, dass zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der beteiligten Stellen darüber hinaus - etwa zur Mängelbeseitigung im Verfahren nach Absatz 3 - personenbezogene Daten nach Maßgabe der §§ 97 a und 115 des Elften Buches Sozialgesetzbuch weitergegeben werden.

Die Veröffentlichung des Pflegeberichtes gibt der Pflegeeinrichtung die Möglichkeit, die ihr bescheinigte Pflegequalität bekannt zu machen. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen

wird damit zugleich eine weitere Informationsquelle für die Entscheidung zur Wahl einer Pflegeeinrichtung erschlossen.

Zu § 14 - Verhältnis zu Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Zu Absatz 1

Satz 1 stellt klar, dass Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestellte Sachverständige auch dann nicht ausgeschlossen werden können, wenn ein gültiger Leistungs- und Qualitätsnachweis vorliegt. Diese Regelung knüpft an die Vorschrift des § 113 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an.

Zu Absatz 2

Die Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises obliegt nach § 113 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch den von den Verbänden der Pflegekassen anerkannten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen. Daher schließt Absatz 2 die Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung aus. Es soll allerdings vermieden werden, dass eine erfolgreiche Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung für die Dauer von zwei Jahren unbeachtet bleibt. Daher sieht Satz 2 vor, dass es die Vertragspartner der Pflegeeinrichtungen für den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen angemessen zu berücksichtigen haben, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine Pflegeeinrichtung geprüft hat, ohne dass ein Verfahren nach § 11 Abs. 3 eingeleitet worden ist. Dies soll dazu beitragen, dass Vergütungsverhandlungen auch dann geführt werden können, wenn ein Leistungs- und Qualitätsnachweis nicht rechtzeitig vorgelegt – aber eine Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgreich durchgeführt - wurde. Dies trägt maßgeblich zur Verringerung des Prüfaufwandes bei und ist auch mit § 113 Abs. 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vereinbar, weil diese Vorschrift nur solchen Einrichtungen den Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung verwehren soll, die so mangelbehaftet sind, dass sie die vertraglichen und gesetzlichen Anforderungen nicht erfüllen.

Zu § 15 - Unabhängige Sachverständige

Nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch können Leistungs- und Qualitätsnachweise durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen ausgestellt werden. Die Regelung des § 15 definiert den Begriff des unabhängigen Sachverständigen. Darüber hinaus bindet sie die unabhängigen Sachverständigen an die Folgeregelungen über die Zuverlässigkeit, Geeignetheit, Unabhängigkeit und Qualifikation (§§ 16 bis 18 der Verordnung) sowie an die Vorgaben des § 19 Abs. 2 Nr. 4 bis 6 der Verordnung zur Sicherstellung eines reibungslosen und ordnungsgemäßen Geschäftsablaufs. Das Erfordernis einer regelmäßigen und dauerhaften Prüftätigkeit ist notwendig, da sonst keine stetige Prüfpraxis gewährleistet wäre.

Dabei geht die Regelung im Grundsatz davon aus, dass Prüfungen nur durch „hauptamtlich“ tätige Prüfpersonen durchgeführt werden. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass Prüfaufgaben beispielsweise von aktiven Pflegekräften im Rahmen einer Nebentätigkeit übernommen werden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Anforderungen für die Anerkennung eingehalten werden.

Die Sonderregelung des § 15 ist erforderlich, weil der Gesetzgeber zwischen unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen differenziert. Der Vorschrift liegt das Verständnis zugrunde, dass es sich bei unabhängigen Sachverständigen um Personen handelt, während unter Prüfstellen Organisationseinheiten zu verstehen sind.

Zu § 16 - Zuverlässigkeit und Geeignetheit

Zu Absatz 1

Die Regelung konkretisiert die für die Prüfpersonen erforderlichen Merkmale der Zuverlässigkeit und Geeignetheit. Sie orientiert sich an der Begrifflichkeit in verwandten Vorschriften (vgl.: § 5 Abs. 1 des Umweltauditgesetzes).

Zu Absatz 2

Absatz 2 nennt Regelbeispiele, bei deren Vorliegen in der Regel nicht von der Zuverlässigkeit ausgegangen werden darf. Nr. 1 erfordert eine Verurteilung wegen vorsätzlicher Tat zu Freiheitsstrafe von mehr als drei Monaten oder zu Geldstrafe von mehr als 90 Tagessätzen zur Erfüllung des Regelbeispiels. Nach Nr. 2 führt eine richterliche Verurteilung in der Regel zu Unzuverlässigkeit, wenn damit die Aberkennung der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verbunden ist. Nach Nr. 3 schließen in der Regel ungeordnete wirtschaftliche Verhältnisse die Zuverlässigkeit der Prüfperson aus. Dies beruht auf der Erwägung, dass die Beeinflussbarkeit solcher Personen durch wirtschaftlichen oder finanziellen Druck erhöht sein kann.

Zu Absatz 3

Die Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass Prüfpersonen, die Qualitätsprüfungen vornehmen, auch gesundheitlich geeignet sein müssen, um die Tätigkeit ordnungsgemäß ausüben zu können.

Zu § 17 - Unabhängigkeit

Zu Absatz 1

Die Regelung orientiert sich weitgehend an der Vorschrift des § 6 Abs. 1 Umweltauditgesetz. Die Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Prüfpersonen - ähnlich wie Umweltgutachter, Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater - vielfältigen Interessenkonflikten ausgesetzt sein können, die sich aus den unmittelbaren Auswirkungen der Prüftätigkeit auf die geprüfte Pflegeeinrichtung ergeben können. Sie soll sicherstellen, dass Prüfer generell die notwendige Unabhängigkeit besitzen und ihr Urteil nicht durch Interessenkollisionen oder sonstige Einflüsse beeinträchtigt ist, die das Vertrauen in die unparteiliche und unbefangene Aufgabenwahrneh-

mung in Frage stellen können. Insoweit kommt ihr die Funktion einer generellen Grundsatzregelung zu, deren Anwendung durch die Regelbeispiele in Absatz 2 näher konkretisiert wird. Dabei sollen Bindungen weltanschaulicher Art nicht ausgeschlossen werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist als Konkretisierung des Absatzes 1 zu verstehen und knüpft an die Regelung in § 6 Abs. 2 Umweltauditgesetz an. Sie führt Regelbeispiele auf, bei deren Vorliegen typischerweise davon auszugehen ist, dass die erforderliche Unabhängigkeit nicht gegeben ist. Dabei schließen die Regelbeispiele nicht aus, dass die Unabhängigkeit auch durch andere Tatsachen (wie beispielsweise das Bestehen einer Ehe oder verwandtschaftlicher Beziehungen) in Frage gestellt werden kann. Andererseits ist nicht ausgeschlossen, dass auch bei Vorliegen eines Regelbeispiels die Voraussetzungen für die Unabhängigkeit gegeben sein können.

Das Regelbeispiel Nummer 1 dient der Ausfüllung der generellen Regelung in Absatz 1 und hat den Zweck, dass sich die unabhängigen Sachverständigen keinen vertraglichen Bindungen oder sonstigen Einflüssen unterwerfen, die sie unmittelbar weisungsabhängig machen und sie zu gutachterlichen Handlungen gegen ihre Überzeugung zwingen. Dies betrifft etwa auch Regelungen in Arbeitsverträgen und hat damit besondere Bedeutung für Prüfstellen (auf die § 17 Abs. 2 entsprechend anwendbar ist); es soll beispielsweise vermieden werden, dass angestellte Prüfer zu gutachterlichen Handlungen oder Bewertungen angewiesen werden, die sie nach ihrem fachlichen Urteil nicht mittragen können.

Das Regelbeispiel in Nummer 2 geht weiter als Regelbeispiel Nummer 1 (das sich auf den Ausschluss der Weisungsabhängigkeit beschränkt). Es soll sicherstellen, dass auch keine sonstige Einflussnahme von dritter Seite erfolgt, durch die eine unparteiliche und unbefangene Aufgabenwahrnehmung in Frage gestellt wird. Anhand der aufgeführten Regelungswerke, insbesondere Satzungen, Gesellschaftsvertrag oder Angestelltenvertrag ist zu entscheiden, ob die Gefahr von Einflussnahmen besteht.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift beruht auf dem Grundgedanken, dass die Unabhängigkeit auch dann nicht gewährleistet ist, wenn unabhängige Sachverständige als Inhaber, Anteilseigner oder Angestellte einer Pflegeeinrichtung an deren Prüfung teilnehmen, da hier ein Interesse an einer bestimmten inhaltlichen und verfahrensmäßigen Ausgestaltung der Prüfung nicht auszuschließen ist.

Dasselbe gilt, wenn Anteile an Unternehmen gehalten werden, die mit dem Träger der Pflegeeinrichtung wirtschaftlich verbunden sind.

Diese Voraussetzungen lassen sich aber nur anhand des jeweiligen Prüfauftrages und nicht generell feststellen. Daher knüpft die Vorschrift an den jeweils konkreten Prüfauftrag an.

Bindungen der genannten Art zu anderen Pflegeeinrichtungen stehen der Vorschrift nicht entgegen.

Zu § 18 - Qualifikation

Zu Absatz 1

Die Regelung schreibt in Satz 1 für die Kerngebiete der Prüfung von Pflegeeinrichtungen (allgemeine Pflegeleistungen, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung) vor, dass als Prüfpersonen nur Pflegefachkräfte tätig werden dürfen, die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpflegerin oder Altenpfleger, Krankenschwester oder Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger besitzen und über eine praktische Berufserfahrung von wenigstens zwei Jahren in dem erlernten Pflegeberuf verfügen oder durch Ärztinnen oder Ärzte mit einer entsprechenden ärztlichen Berufspraxis. Um sicherzustellen, dass die praktische Berufserfahrung oder ärztliche Berufspraxis zeitnah vor der Anerkennung erlangt wurde, muss sie innerhalb der letzten fünf Jahre vor der erstmaligen Anerkennung unabhängiger Sachverständiger erworben sein. Dabei sollen aus Bestandschutzgesichtspunkten Prüfpersonen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung länger als zwei Jahre Prüfungen der Qualität in zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchgeführt haben, nicht von dieser Einschränkung betroffen sein.

Im Grundsatz ist davon auszugehen, dass Prüfungen nur durch eine Prüfperson wahrgenommen werden. Erfahrungen aus der Prüfpraxis zeigen jedoch, dass es erforderlich sein kann, weitere Personen hinzuzuziehen. Satz 3 eröffnet daher die Möglichkeit, in eigener Verantwortung weitere Personen hinzuzuziehen, die auf dem Gebiet des jeweiligen Prüfgegenstandes praktische Berufserfahrung von wenigstens fünf Jahren besitzen oder in staatlichen oder staatlich anerkannten Ausbildungsgängen erworbenes Fachwissen nachweisen, das dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnis entspricht. Hier sind beispielsweise Personen zu erwähnen, die etwa im Bereich der Hygiene oder der hauswirtschaftlichen Versorgung besondere Fachkenntnis besitzen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise im Bereich

der sozialen Betreuung über den pflegefachlichen Bereich hinaus besondere Kenntnisse hilfreich sein können. Dies ist etwa dann von besonderer Bedeutung, wenn in einer Einrichtung auch behinderte Pflegebedürftige betreut werden.

Zu Absatz 2

Neben Fachkenntnissen auf dem jeweiligen Prüfgebiet sind für eine qualifizierte Prüfung ferner Kenntnisse und Praxiserfahrungen in den Feldern der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements sowie in der Durchführung von Prüfungen der Leistungsqualität erforderlich.

Hierzu dient in der Regel der Nachweis über eine Qualifikation zum Qualitätsbeauftragten oder Qualitätsmanagementbeauftragten. Von den Beteiligten der Pflegeselbstverwaltung wird für die Qualifikation zum Qualitätsbeauftragten oder zum Qualitätsmanagementbeauftragten ein Schulungsumfang von mindestens zehn Tagen für erforderlich gehalten.

Nach Auffassung der Beteiligten der Pflegeselbstverwaltung sollten die Prüfpersonen hinsichtlich der Kompetenzen des Messens, Bewertens und Auditierens Kenntnisse über die Methoden der Bewertung durch Untersuchung, Befragung, Beurteilung und Berichterstattung erworben haben sowie zusätzliche Fertigkeiten besitzen, die für die Leitung eines Qualitätsaudits oder einer Qualitätsprüfung erforderlich sind, wie z. B. die Planung, Organisation, Kommunikation und Führung. Der Entwurf greift die Vorschläge der Pflegeselbstverwaltung auf und sieht vor, dass in der Regel eine Auditorenschulung in der Fachdisziplin Pflege sowie die Mitwirkung an mindestens zwei Qualitätsaudits oder Prüfungen der Qualität in der Fachdisziplin Pflege von zehn Tagen gegeben sein muß. Für eine Auditorenschulung wurde von den Beteiligten die Dauer von mindestens vier Tagen vorgeschlagen.

Für die Mitwirkung an Qualitätsaudits oder Prüfungen der Einrichtungsqualität sieht die Regelung eine zehntägige Dauer vor. Dabei soll auch die Vor- und Nachbereitung berücksichtigt werden. Die vorgeschlagene Frist läßt keine Schlüsse auf die Dauer von Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen zu. Es obliegt den Anerkennungsstellen festzustellen, ob Umfang und Inhalt der Prüfungen oder der Qualitätsaudits, an denen der Antragsteller teilgenommen hat, ausreichende Praxiskenntnisse vermitteln konnten.

Zu Absatz 3

Die Regelung des § 118 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sieht vor, dass die Prüfpersonen in der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften geschult sind. Die Vorschrift des Absatzes 3 trifft hierzu die näheren Ausführungsregeln und legt fest, dass die unabhängigen Sachverständigen erfolgreich einen Lehrgang absolvieren müssen, der wenigstens Kenntnisse über die katalogartig aufgeführten Inhalte vermittelt (Satz 1).

Nach Satz 2 obliegt den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter fachlicher Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen die Erarbeitung der Curricula und die Durchführung der Schulungslehrgänge. Dabei eröffnet Satz 3 ausdrücklich die Möglichkeit, die Durchführung der Lehrgänge auch dritten Stellen zu übertragen. Hierdurch werden weitere Schulungsressourcen erschlossen. Eine Integration der Lehrgänge nach Absatz 3 in sonstige, umfangreichere Schulungen und Lehrgänge ist nicht ausgeschlossen. Die Kosten der Lehrgänge sind von den Lehrgangsteilnehmern zu tragen.

Zu Absatz 4

In der Fachdiskussion über die Verordnung wurde es als unverzichtbar angesehen, die Anerkennung der unabhängigen Sachverständigen vom Nachweis regelmäßiger Fort- und Weiterbildungen abhängig zu machen. Die Regelung greift diese Anregung für die in Nr. 1 bis 3 aufgeführten Lehrinhalte auf.

Zu § 19 - Prüfstellen

Zu Absatz 1

Nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch können unabhängige Sachverständige (§§ 15 bis 18) sowie die Prüfstellen Leistungs- und Qualitätsnachweise erteilen. Diese Differenzierung macht eine gesonderte Regelung für Prüfstellen erforderlich. Absatz 1 beinhaltet die Definition der Prüfstelle und macht deutlich, dass es sich - anders als bei unabhängigen Sachverständigen, die als eigenverantwortliche Einzelpersonen Leistungs- und Qualitätsnachweise erteilen - um eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personal- und Sachmitteln handeln muss. Dies ist Voraussetzung für einen stetigen und geordneten Geschäftsbetrieb.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen für einen regelmäßigen, reibungslosen und ordnungsgemäßen Geschäftsablauf der Prüfstelle. Hierzu sind wenigstens die katalogartig aufgeführten Voraussetzungen zu erfüllen, die an die Voraussetzungen für die unabhängigen Sachverständigen anknüpfen und darüber hinaus die Anforderungen organisatorischer Art zum Gegenstand haben.

Zu § 20 - Anerkennungsanspruch

Zu Absatz 1

Die Einbindung unabhängiger Sachverständiger und Prüfstellen erfordert ein Anerkennungsverfahren bei den Landesverbänden oder bei den Bundesverbänden der Pflegekassen. Absatz 1 stellt klar, dass die Anerkennung nur gemeinsam und einheitlich von den Verbänden der Pflegekassen erfolgen kann und die Erfüllung der Anforderungen nach dem Fünften Abschnitt der Verordnung voraussetzt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 begründet den Anspruch auf die Anerkennung, wenn die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen und stellt klar, dass die Anerkennung bundesweit gilt, soweit in dem Anerkennungsbescheid nichts anderes bestimmt ist. Satz 3 stellt klar, dass der Rechtsweg zu den Sozialgerichten für den Fall eröffnet ist, dass eine Anerkennung verweigert wird. Die Möglichkeit der gerichtlichen Überprüfung ist erforderlich, weil Satz 1 einen Anspruch auf die Anerkennung begründet. Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen muss im Rechtsweg überprüfbar sein.

Zu § 21 - Anerkennungsverfahren

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Anerkennungsverfahren bei den Verbänden der Pflegekassen. Das Anerkennungsverfahren soll möglichst verwaltungseffizient durchgeführt werden. Es ist daher ein Antragsverfahren vorgesehen, bei dem im schriftlichen Verfahren die erforderlichen Voraussetzungen nachzuweisen sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt das Antragsverfahren für unabhängige Sachverständige. Die Vorschrift knüpft an die Voraussetzungen nach dem Fünften Abschnitt der Verordnung an.

Weiter regelt Absatz 2 die Art des Nachweises

- der dauerhaften und regelmäßigen Prüftätigkeit bei der erstmaligen Anerkennung,
- der Erfüllung der Anforderungen nach § 16 (Zuverlässigkeit und Geeignetheit) und
- der Einhaltung der Anforderungen an die Unabhängigkeit nach § 17.

Für diese nachweispflichtigen Voraussetzungen sind aus der Natur der Sache heraus Sonderregelungen erforderlich.

Dies wird insbesondere an dem Erfordernis der Unabhängigkeit deutlich. § 17 Abs. 3 zeigt, dass sich ein Verstoß gegen das Unabhängigkeitsgebot vielfach nur anhand des jeweils übernommenen Prüfauftrages feststellen läßt. Dies erschwert eine generelle Prüfung im Anerkennungsverfahren. Vor diesem Hintergrund sieht Absatz 2 für das Anerkennungsverfahren vor, dass der unabhängige Sachverständige eine Verpflichtungserklärung abgibt, die Voraussetzungen der Unabhängigkeit einzuhalten. Dies schließt nicht aus, dass die Anerkennungsstellen einen Verstoß gegen das Unabhängigkeitsgebot im Einzelfall auf Grund anderer Erkenntnisse feststellen können. Ähnliches gilt für die Merkmale der Zuverlässigkeit und Geeignetheit nach § 16. Die Anerkennungsstelle kann darüber hinaus ein Führungszeugnis verlangen.

Im Hinblick auf die dauerhafte und regelmäßige Prüftätigkeit ist die getroffene Sonderregelung erforderlich, weil dieses Merkmal jedenfalls bei der erstmaligen Antragstellung noch nicht erfüllt sein kann. Ähnliches gilt für das Erfordernis der Fort- und Weiterbildung nach § 18 Abs. 4.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Anerkennung von Prüfstellen und knüpft hierzu an die entsprechende Regelung des § 19 an, in der die Voraussetzungen für Prüfstellen geregelt sind. Durch den Verweis auf Absatz 2 wird klargestellt, dass das Anerkennungs- und Antragsverfahren von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen im Kern den gleichen Voraussetzungen folgt. Dies ist in der Sache auch geboten, weil sich beide Prüfinstitutionen im Ergebnis nur dadurch unterscheiden, dass Prüfstellen als organisatorische Zusammenfassung von Sach- und Personalmitteln Prüfungen durchführen, während unabhängige Sachverständige diese Aufgabe als eigenverantwortliche Einzelpersonen wahrnehmen.

Zu Absatz 4

Das schriftliche Antragsverfahren schließt nicht aus, dass die anerkennenden Stellen bei den Antragstellern weitere Unterlagen anfordern und auch die Geschäftsräume während der üblichen Geschäftszeiten in Augenschein nehmen oder die Prüfer bei Durchführung einer Prüfung begleiten (nicht im Fall des ersten Anerkennungsverfahrens). Vorsätzlich unwahre Angaben über anerkennungserhebliche Tatsachen schließen die Anerkennung aus. Es ist erforderlich, dass die anerkennenden Stellen stets über anerkennungsrelevante Umstände informiert sind. Daher sind Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Zu Absatz 5

Satz 1 stellt sicher, dass das Vorliegen der Anerkennungsvoraussetzungen regelmäßig nachgewiesen wird. Dabei wird bei erneuten Anerkennungsverfahren, die der ersten Anerkennung folgen, auf das Erfordernis einer Schulung nach § 18 Abs. 3 verzichtet, weil nach § 18 Abs. 4 ohnehin eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung erforderlich ist. Darüber hinaus stellt die Vorschrift sicher, dass die Anerkennung entzogen wird, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Zu § 22 - Anerkennungsstellen

Zu Absatz 1

Im Interesse der Verwaltungsvereinfachung wird durch Satz 1 der Vorschrift den Verbänden der Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, Arbeitsgemeinschaften zur Durchführung des Anerkennungsverfahrens zu bilden.

Nach Satz 2 sollen die anerkennenden Stellen für ein ordnungsgemäßes Anerkennungsverfahren Sorge tragen. Diese Regelung soll insbesondere dazu beitragen, dauerhaft ein ausreichendes fachliches Niveau bei der Anerkennung zu gewährleisten. Die Fachlichkeit im Anerkennungsverfahren kann beispielsweise durch Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auf Landesebene oder des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene abgesichert werden oder durch die Beteiligung von Kassenmitarbeitern, die über einschlägige Fachkenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen.

Zu Absatz 2

Zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises beauftragen die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen. Die Regelung des Absatzes 2 verpflichtet die anerkennenden Stellen ein jährlich zu aktualisierendes Register über die anerkannten unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen zu führen und dieses im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Zur Ausübung der Rechtsaufsicht über die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen haben die Anerkennungsstellen der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde in Bund oder Land eine Durchschrift des Anerkennungsbescheids zuzuleiten.

Zu § 23 - Einwilligungserfordernisse

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stellt sicher, dass die Einwilligungserfordernisse für das Betreten von Räumen, die einem Wohnrecht unterliegen, oder für Befragungen und die Inaugenscheinnahme von Pflegebedürftigen sowie für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts eingehalten werden. Sie macht zugleich deutlich, dass Einwilligungen zum Betreten von Wohnungen oder ei-

nem Wohnrecht unterliegenden Räumen sowohl im stationären als auch im häuslichen Bereich erforderlich sind.

Zu beachten ist, dass zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung eine Einwilligung verzichtbar ist. Diese Regelung steht in engem Zusammenhang mit § 114 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift knüpft die Wirksamkeit einer Einwilligung nach Absatz 1 an eine ausreichende Aufklärung. Die Einwilligung kann danach wirksam nur erteilt werden, wenn die Pflegebedürftigen über

1. Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,
2. den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
3. die Freiwilligkeit der Teilnahme und
4. die Widerrufbarkeit der Einwilligung

ausreichend aufgeklärt und darauf hingewiesen werden, dass eine Verweigerung der Einwilligung sich nicht nachteilig auswirkt. Eine erforderliche Einwilligung ist schriftlich zu erteilen. Außerdem werden die Prüfpersonen bei der Erhebung von Sozialdaten gesondert verpflichtet, eine Belehrung nach § 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch durchzuführen.

Zu § 24 – Übergangsregelungen

Zu Absatz 1

Im Interesse einer schnellen und flächendeckenden Aufnahme der Prüftätigkeit sind Übergangsregelungen erforderlich, die die Anerkennung von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen erleichtern und auch die Medizinischen Dienste in die Lage versetzen, die Mitarbeiter ausreichend zu schulen. Die Voraussetzungen nach § 18 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und Absatz 3 müssen daher erst ab 30. Juni 2003 und für Qualitätsprüfungen ab 30. Juni 2004 vorliegen.

Zu Absatz 2

Es hat sich gezeigt, dass viele zugelassene Pflegeeinrichtungen keine Prüfaufträge mehr vergeben, weil sie erst die Verordnung abwarten. Die Vorschrift soll die Möglichkeit schaffen, in der Zeit seit Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes durchgeführte Prüfungen anzuerkennen, wenn sie den Anforderungen der Verordnung entsprechen. Die Feststellung, ob diese Voraussetzungen eingehalten sind, ist durch eine Anerkennungsstelle nach § 22 zu treffen. Zur Vereinfachung des Verfahrens sollen hierzu die Anerkennungsstellen tätig werden, bei denen die Prüfinstitutionen nach Inkrafttreten der Verordnung ohnehin einen Antrag auf Anerkennung als unabhängiger Sachverständiger oder Prüfstelle stellen. Verzichtet die Prüfinstitution, die eine Qualitätsprüfung vor Inkrafttreten der Verordnung durchgeführt hat, auf einen solchen Anerkennungsantrag, ist die auf Bundesebene angesiedelte Anerkennungsstelle zuständig. Ein solcher Verzicht dürfte aber die Ausnahme darstellen.

Zu § 25 – Inkrafttreten

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Prüfhilfe

**zur Durchführung von Qualitätsprüfungen und
Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und
Qualitätsnachweisen nach der
Pflege-Prüfverordnung**

Gliederung

- I. Ziel und Zweck der Prüfhilfe**
- II. Hinweise zu Inhalt und Anwendung der Prüfhilfe**
- III. Hinweise zur Bewertungssystematik im Bereich der Prüfung von ambulanten Pflegeeinrichtungen**
- IV. Hinweise zur Bewertungssystematik im Bereich der Prüfung von stationären Pflegeeinrichtungen**
- V. Erhebungsbogen - Ambulant**
- VI. Erhebungsbogen - Stationär**

I. Ziel und Zweck der Prüfhilfe

Nach § 7 Abs. 1 der Pflege-Prüfverordnung ist die Prüfhilfe in der jeweiligen Fassung bei Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (oder bestellten Sachverständigen nach § 112 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und bei Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen (§ 113 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) zu Grunde zu legen. Dies dient insbesondere dem Zweck der Einheitlichkeit der Prüfungen. Die Prüfhilfe soll die Prüfungen der Leistungsqualität und der Qualitätssicherung auf eine einheitliche Grundlage stellen, die Durchführung für die Beteiligten erleichtern und für eine ausreichende Transparenz bei den Prüfungen sorgen.

Nach der Ermächtigungsnorm des § 118 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch soll die Verordnung u.a. die Maßstäbe und Grundsätze zur Beratung und Prüfung von zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Prüfverfahren oder die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen einschließlich der Anerkennung unabhängiger Sachverständiger und Prüfstellen regeln. Dies zeigt, dass die Prüfhilfe primär die verfahrensrechtlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen sowie durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zum Gegenstand hat. Die inhaltlichen Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Leistungen ergeben sich auch weiterhin aus gesetzlichen Regelungen sowie den vertraglichen Vereinbarungen der Partner der Pflegeselbstverwaltung - insbesondere aus den Vereinbarungen nach § 80 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (vgl. hierzu auch die erläuternden Hinweise in den Erhebungsbögen). Es ist jedoch erforderlich, die sich aus diesen Vorgaben ergebenden Anforderungen für die Prüfung zu operationalisieren. Das bedeutet, es müssen handhabbare Prüfraster einschließlich der Prüfkriterien zur Verfügung stehen. Diese Operationalisierung wird durch die Prüfhilfe angestrebt.

Dabei ist es selbstverständlich, dass die Prüfhilfe nur den jeweils aktuell geltenden Gesetzes- oder Vereinbarungsstand berücksichtigen kann und der Fortentwicklung zugänglich sein muss. Dies wird durch § 7 Abs. 6 der Pflege-Prüfverordnung berücksichtigt, der eine regelmäßige Überprüfung vorsieht. Dadurch wird nicht nur die zeitnahe Anpassung an den jeweiligen Rechtsstand ermöglicht, sondern auch eine Überprüfung im Hinblick darauf, ob die angestrebte Operationalisierung erreicht wird.

Ausgehend von dem Grundsatz, dass die Einrichtungsträger die primäre Verantwortung für die Leistungsqualität tragen, soll die Prüfhilfe allerdings nicht allein externen Prüfzwecken dienen, sondern vor allem auch Impulswirkungen entfalten und die eigenen, einrichtungsinternen Bemü-

hungen zur Sicherung oder Weiterentwicklung der Leistungsqualität unterstützen. Sie soll interne Qualitätssicherungsprozesse fördern oder anstoßen. Dies zeigt sich vor allem an den Erhebungsinhalten. Diese erstrecken sich auf alle Qualitätsebenen und erlauben damit auch den Einrichtungen selbst unmittelbar Rückschlüsse auf den Stand ihrer Leistungsqualität und der Qualitätssicherung. Die Erhebungsbögen der Prüfhilfe können zudem im Rahmen von einrichtungsinternen Selbstbewertungen genutzt werden, die die Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzen, selbst Stärken oder Schwächen zu ermitteln und einrichtungsintern Weiterentwicklungs- oder Verbesserungsprozesse kontinuierlich voranzutreiben.

II. Hinweise zu Inhalt und Anwendung der Prüfhilfe

II.1 Prüfgrundlage

Die Prüfungen sind auf Grundlage der Erhebungsbögen vorzunehmen. Im Interesse einer möglichst einheitlichen Anwendung der Erhebungsbögen ist ein Großteil der Prüffragen mit erläuternden Hinweisen versehen. Diese Hinweise beruhen zum Teil auf der „MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI“ (auf die dortigen Quellennachweise wird verwiesen) und orientieren sich im Übrigen maßgeblich an den Vereinbarungen nach § 80 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

II.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Durch den Gesetzgeber ist die Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgegeben. An diese Unterscheidung knüpfen auch die Vereinbarungen nach § 80 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an. Zur Beurteilung der Leistungsqualität der Pflegeeinrichtungen, verstanden als Grad der Übereinstimmung mit den gesetzlichen Anforderungen sowie den Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden, ermöglichen auch die Erhebungsmerkmale der Prüfhilfe die Differenzierung nach diesen Qualitätsebenen.

Die Strukturqualität wird von den Rahmenbedingungen geprägt, unter denen sich der Leistungsprozess vollzieht. Die Erhebungen über die Strukturqualität einer Einrichtung sollen beispielsweise Erkenntnisse hervorbringen über

1. die versorgten Pflegebedürftigen,
2. das Personal nach Anzahl, Qualifikation und Fort- und Weiterbildungsstand,
3. das Leistungs-, Beratungs- und Informationsangebot,
4. die Aufbau- und Ablauforganisation im Hinblick auf die Leistungserbringung,
5. die räumlichen und sächlichen Voraussetzungen der Pflegeeinrichtung,
6. das Einrichtungsleitbild bzw. -konzept,
7. innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen zur Sicherstellung der Leistungen (auch unter Beachtung externer Standards und Kriterien für die pflegerische Arbeit) oder
8. die Einbindung in einrichtungsübergreifende Versorgungs- und Altenhilfestrukturen.

Die Prozessqualität bezieht sich auf den Pflege- und Versorgungsablauf. Es geht dabei u.a. um die Pflegeanamnese und -planung, die Koordinierung und Durchführung der Leistungen sowie die Evaluation und Dokumentation der Leistungserbringung. Gegenstand der Erhebungen über die Prozessqualität sind beispielsweise

1. die Ausrichtung und Planung der Maßnahmen zur Pflege, Versorgung und Betreuung z.B. an den Zielen der „aktivierenden Pflege“,
2. die Personaleinsatzplanung,
3. das kontinuierliche und sachgerechte Führen einer geeigneten, individuellen Pflegedokumentation,
4. die Umsetzung und Überprüfung der sich aus der individuellen Pflegeplanung oder aufgrund aktueller, pflegerisch bedeutsamer Ereignisse ergebenden Maßnahmen,
5. die Einhaltung innerbetrieblich geregelter Verfahrensweisen zum Betriebsablauf, insbesondere zum Pflege-, Versorgungs-, Betreuungs- und Qualitätsmanagement,
6. die Einarbeitung, fachliche Anleitung und Überprüfung der Beschäftigten in ihrem jeweiligen Tätigkeitsfeld durch die verantwortliche Fachkraft,
7. die Sicherstellung der innerbetrieblichen, auf die Leistungserbringung bezogene Informationsweitergabe (z.B. durch Dienstbesprechungen oder Übergabeprotokolle),
8. die Kooperation und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern sowie die Einbeziehung von anderen an der Pflege Beteiligten, insbesondere von Angehörigen,
9. der sachgerechte Umgang mit pflegerisch bedeutsamen Diagnosen,
10. die Einhaltung und Beachtung der hygienischen Anforderungen bei der Leistungserbringung oder
11. die sachgerechte Umsetzung ärztlicher Verordnungen.

Auf der Ebene der Ergebnisqualität ist die Wirksamkeit der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen zu überprüfen. Zu vergleichen sind insbesondere die in der individuellen Pflegeprozessplanung angestrebten Ziele mit dem tatsächlich erreichten Zustand unter Berücksichtigung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen. Zu dieser Qualitätsebene beinhaltet die Prüfhilfe beispielweise Erhebungen über

1. den allgemeinen pflegerischen und gesundheitlichen Zustand,
2. die Ernährung sowie die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme,
3. die hauswirtschaftliche Versorgung oder Unterkunft und Verpflegung,
4. die Versorgung von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen,
5. die Übereinstimmung der Pflegeergebnisse mit den Pflegezielen oder

6. die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Leistungserbringung.

II.3 Struktur und Inhalt der Erhebungsbögen

Es sind zwei Erhebungsbögen (ambulant und stationär) vorgesehen. Der Erhebungsbogen für den Bereich der stationären Versorgung berücksichtigt die besonderen Bedingungen der jeweiligen Versorgungsform (vollstationär, teilstationär, Kurzzeitpflege). Die Erhebungsbögen sind in vier Hauptteile unterteilt, die in jeweils mehrere Sachkategorien aufgeschlüsselt sind. Diese Struktur ermöglicht es, wichtige Merkmale (z.B. die Dokumentation der Pflege) unter Berücksichtigung aller drei Qualitätsebenen zu überprüfen. Zugleich soll durch den Aufbau der Erhebungsbögen die besondere Bedeutung einzelner Prüfbereiche hervorgehoben werden (z.B. Soziale Betreuung). Die Erhebungsbögen sind wie folgt gegliedert:

Teil A - Stammdaten, Angaben zur Qualitätsprüfung

- Allgemeine Angaben zur Einrichtung
- Angaben zur Durchführung der Qualitätsprüfung

Teil B - Einrichtungsbezogene Angaben

- Art der Einrichtung und Versorgungssituation
- Grundlagen der pflegerischen Versorgung
- Aufbau- und Ablauforganisation - Pflege und Versorgung
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung
- Pflegedokumentation
- Soziale Betreuung (stationär)
- Zusatzleistungen (stationär)
- Betreuung und Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Unterkunft und Verpflegung (stationär)
- Hauswirtschaftliche Versorgung (ambulant)
- Sächliche Ausstattung (stationär)
- Hygiene (stationär)

Teil C - Personalbezogene Angaben

- Personalausstattung
- Aus- und Fortbildung
- Aufbau- und Ablauforganisation - Personal

Teil D - Auf die pflegebedürftige Person bezogene Angaben

- Pflegerischer und gesundheitlicher Zustand
- Umsetzung der pflegfachlichen Grundlagen
- Umgang mit einzelnen pflegerisch bedeutsamen Diagnosen (stationär)
- Befragung von Pflegebedürftigen

II.4 Bewertungssystematik nur als Grundlage für die Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises

Nach § 12 Abs. 2 Pflege-Prüfverordnung besteht Anspruch auf die Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises, wenn eine Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene und vertraglich vereinbarte Leistungsqualität erbringt. Um diese Entscheidung auf einer einheitlichen, nachvollziehbaren und nachprüfaren Grundlage treffen zu können, sind die Erhebungsbögen mit einer Bewertungssystematik verknüpft. Dabei sind die Prüffragen in unterschiedlichen Wertungsgruppen zusammengefasst (100 v.H., 80 v.H., 60 v.H.). Hinzu kommen Fragen ohne Wertungszuordnung. Dieses Bewertungssystem ist bei der Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises anzuwenden.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist verpflichtet, bei einer Qualitätsprüfung die Erhebungsbögen zugrunde zu legen. Demgegenüber entfaltet das Bewertungssystem keine Bindungswirkung für Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Dies ergibt sich daraus, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung keine Leistungs- und Qualitätsnachweise erteilt, so dass die Anwendung der Bewertungssystematik nicht erforderlich ist.

II.5 Verhältnis der Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises zu sonstigen Prüfungen

Die Regelung in § 14 Pflege-Prüfverordnung hat auf Grundlage der Vorschriften des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes das rechtliche Verhältnis von Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises zu Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Gegenstand.

Nicht ausdrücklich geregelt ist das rechtliche Verhältnis zu anderen Prüfsystemen. Soweit sich Pflegeeinrichtungen bereits an Prüfungen oder den internen Qualitätssicherungsprozess begleitenden Zertifizierungen auf der Grundlage anderer Prüf- oder Zertifizierungsverfahren beteiligt haben, ist deren Fortführung durch die Prüfhilfe nicht ausgeschlossen. Dabei kann ein Leistungs- und Qualitätsnachweis erteilt werden, wenn diese Prüfhilfe angewandt wird (und die Prüfung von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen durchgeführt wird, die von den Pflegekassen anerkannt sind). Das bedeutet, soweit diese Prüfhilfe Bestandteil anderer oder weitergehender Prüfverfahren ist, ist dies unschädlich für die Erteilung des Leistungs- oder Qualitätsnachweises, wenn die Voraussetzungen für dessen Erteilung eingehalten werden.

II.6 Hinweise zu einzelnen Verfahrensfragen

Zur Einleitung und Durchführung von Qualitätsprüfungen und von Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen ergeben sich die wesentlichen Verfahrensschritte bereits aus den Abschnitten 2 bis 4 und 7 der Pflege-Prüfverordnung. Daher beschränken sich die nachfolgenden Hinweise auf einzelne Verfahrensfragen:

- Beauftragung unabhängiger Sachverständiger und Prüfstellen

Nach § 13 Abs. 1 Pflege-Prüfverordnung beauftragt die nachweispflichtige Pflegeeinrichtung einen unabhängigen Sachverständigen oder eine Prüfstelle zur Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises. Hierzu ist eine vertragliche Vereinbarung erforderlich. Darin sollte auch sichergestellt werden, dass die Prüfung ordnungsgemäß durchgeführt werden kann. Das bedeutet, unbeschadet der bereits in der Verordnung geregelten Befugnisse, dass konkretisierende Vereinbarungen über die Befugnisse der Prüfpersonen empfehlenswert sind, wie beispielsweise der Zugang zu den Räumlichkeiten der Einrichtung, die Durchführung von Befragungen der Pflegebedürftigen oder von Beschäftigten (in

dem gesetzlich zulässigen Rahmen) oder die Einsichtnahme in einrichtungsinterne Unterlagen.

- Stichprobenauswahl

Nach § 10 Abs. 4 und § 13 Abs. 2 Pflege-Prüfverordnung sollen zur Feststellung des pflegerischen und gesundheitlichen Zustandes nicht alle von einer Einrichtung gepflegten Pflegebedürftigen in Augenschein genommen werden, sondern nur stichprobenhaft ausgewählte Pflegebedürftige. Soweit dies möglich ist, sollten bei der Auswahl auch pflegerisch bedeutsame Diagnosen Beachtung finden und nicht allein eine Zufallsauswahl getroffen werden.

- Bearbeitung der Prüffragen

Die Prüffragen sind vorformuliert und zum überwiegenden Teil mit Erläuterungshinweisen versehen. Gleichwohl kann es im Einzelfall erforderlich sein, Fragestellungen sprachlich auf die jeweilige Prüf- oder Gesprächssituation bezogen anzupassen oder zu umschreiben. Dabei ist zu beachten, dass der Kerngehalt der Fragestellung erhalten bleibt. Dies gilt insbesondere für die Befragungen von Pflegebedürftigen (vgl. hierzu II.7).

Der Aufbau der Erhebungsbögen soll nicht den Ablauf oder die Abfolge der Prüfung vorgeben. Es kann im Einzelfall sinnvoll sein, vom Aufbau des Erhebungsbogens abzuweichen und beispielsweise zunächst Befragungen der Pflegebedürftigen durchzuführen, um deren Ergebnis beispielsweise bei der Prüfung betriebsorganisatorischer Sachverhalte beachten zu können. Diesem Zweck dienen auch die bei vielen Prüffragen exemplarisch aufgenommenen Hinweise auf andere Fragen, die in einem ähnlichen Sachbezug stehen.

II.7 Anmerkung zur Befragung von Pflegebedürftigen

Diese Anmerkung hat den Zweck, in knapper Form allgemein auf Gesichtspunkte aufmerksam zu machen, die bei Befragungen von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern oder bei Inaugenscheinnahmen berücksichtigt werden sollten. Sie kann weder die erforderliche Vorbereitung von Prüfpersonen auf die konkrete Befragungssituation ersetzen noch die zur Durchführung von derartigen Befragungen erforderlichen methodischen Grundkenntnisse vermitteln.

Erfahrungen mit Kundenbefragungen im Bereich der pflegerischen Versorgung - insbesondere in Pflegeheimen - zeigen, dass es sich empfiehlt, die Befragung nicht in Schriftform, sondern als Interview durchzuführen. Viele der Pflegebedürftigen sind es nicht gewohnt, ihre Ansprüche und Interessen als souveräne Verbraucher oder Kunden der Pflegeeinrichtung zu artikulieren. Dies erfordert ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen bei den Prüfpersonen. Das gleiche gilt vor allem bei der Befragung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder dementiell erkrankten Pflegebedürftigen, insbesondere hier kann der Einsatz des Befragungsinstrumentes auf Schwierigkeiten stoßen, die die Hinzuziehung von Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern erfordern. Teilweise sind Pflegebedürftige auch aus anderen Gründen unterschiedlich gut in der Lage, an einer Befragung teilzunehmen. Dies stellt ebenfalls hohe Anforderungen an die Prüfpersonen und dürfte es beispielsweise im Einzelfall erforderlich machen, die Fragen im Rahmen einer Gesprächssituation zu umschreiben oder weitergehende Erläuterungen und Hinweise zu geben. Darüber hinaus kann es sein, dass Pflegebedürftige zu einzelnen Fragen keine Angaben machen können oder wollen. Hierzu sieht der Erhebungsbogen zur Beantwortung die Kategorie „keine Angabe“ vor.

Zur Vorbereitung der Befragung sollten die Pflegebedürftigen und deren gesetzliche Vertreter vorab über Zweck, Umfang und Inhalt der Befragung in Kenntnis gesetzt und ggf. den Vertretern eine Teilnahme an dem Interview angeboten werden. Das gleiche gilt auch im Hinblick auf die Inaugenscheinnahme des pflegerischen und gesundheitlichen Zustandes. Dies dient dazu, eine Vertrauensbasis zu schaffen und ist auch deshalb notwendig, weil aus Rechtsgründen in der Regel eine wirksame Einwilligung der Pflegebedürftigen oder ihrer Vertreter vorliegen muss (vgl. § 23 Pflege-Prüfverordnung).

Die Befragten sollen nicht durch einen zu umfangreichen Fragebogen überfordert werden. Vor dem Hintergrund dieser methodischen Schwierigkeit wurde der Fragebogen zur Befragung von Pflegebedürftigen auf einige Kernfragen beschränkt, die sich insbesondere auf die Zufriedenheit mit der Leistungserbringung konzentrieren.

III. Hinweise zur Bewertungssystematik im Bereich der Prüfung von ambulanten Pflegeeinrichtungen

Bei Anwendung des Erhebungsbogens durch von den Pflegekassen anerkannte, unabhängige Sachverständige und Prüfstellen in Pflegediensten ist die nachfolgend beschriebene Bewertungssystematik zu Grunde zu legen.

III.1 Verantwortungsbereich des Pflegedienstes

Der Erhebungsbogen und die Bewertungssystematik für den Bereich der ambulanten Versorgung berücksichtigt, dass in der häuslichen Versorgung - anders als im Bereich der stationären Versorgung - die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung zu einem erheblichen Anteil von Angehörigen oder Freunden und nicht allein durch den in Anspruch genommenen Pflegedienst erbracht werden. Daher erstreckt sich das Erhebungs- und Bewertungsinstrumentarium auf die von dem Pflegedienst erbrachten und zu verantwortenden Leistungen; d.h., es soll primär überprüft werden, ob die „qualitätsgebundenen“ Sachleistungen nach der Pflege-Prüfverordnung den Anforderungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entsprechen. Der Pflegedienst kann nicht für Mängel zur Verantwortung gezogen werden, die durch unsachgemäße Pflege der häuslich Pflegenden - beispielsweise bei der Lagerung der Pflegebedürftigen - verursacht sind. Er ist jedoch dafür verantwortlich, durch Beratung auf drohende Probleme hinzuweisen und den Pflegekassen jede wesentliche Veränderung des Zustandes von Pflegebedürftigen mitzuteilen (§ 120 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

III.2 Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Der Erhebungsbogen dieser Anlage soll sowohl für Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als auch für Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch von den Pflegekassen anerkannte, unabhängige Sachverständige und Prüfstellen zur Anwendung gebracht werden. Das Prüfraster erstreckt sich daher nur auf die Prüfgegenstände, die sowohl der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als auch der Prüfung durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen unterliegen.

Nach § 6 Abs. 3 der Pflege-Prüfverordnung sind die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes in der häuslichen Pflege nur in Qualitätsprü-

fungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einzubeziehen. Gleiches gilt für die Überprüfung der Abrechnung von Leistungen. Für diese Prüfgegenstände sind keine eigenständigen Abschnitte in dem Erhebungsbogen vorgesehen. Das schließt aber nicht aus, dass Leistungen nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Leistungsabrechnungen anhand bestehender vertraglicher Vereinbarungen sowie die genannten Anforderungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Rahmen der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung überprüft werden.

III.3 Bewertungssystematik

Durch die Verbindung der Prüffragen mit einer Bewertungssystematik wird die notwendige Operationalisierung der gesetzlichen und vertraglichen Qualitätsanforderungen für die Prüfpraxis zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen erreicht und gewährleistet. Für die Beantwortung der Prüffragen sind geschlossene Antworten (Ja/Nein-Systematik) vorgesehen. Die Prüffragen sind zueinander gewichtet und nach ihrer Bedeutung in drei Wertungskategorien eingeteilt. Außerdem sind fakultativ zu stellende Zusatzfragen sowie weitere Fragen, die primär zur Durchführung der Prüfung dienen, vorgesehen.

Die Fragen der ersten Wertungskategorie sind „Ausschlussfragen“. Diese Fragen müssen ohne Ausnahme mit „Ja“ beantwortet sein. Die Ausschlussfragen sind im Erhebungsbogen schwarz hinterlegt. Bsp.:

B.III.6.	Ist sichergestellt, dass vom Pflegedienst zu verantwortende freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen angewandt werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Die Fragen der zweiten Wertungskategorie umfassen „Kernfragen“. Diese Fragen müssen zu 80 v.H. mit „Ja“ beantwortet sein. Die Kernfragen sind im Erhebungsbogen grau hinterlegt. Bsp.:

B.V.2.	Wird die Pflegedokumentation in der Regel bei dem(r) zu versorgenden Pflegebedürftigen aufbewahrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

Die Fragen der dritten Wertungskategorie sind „einfache Fragen“. Diese Fragen müssen zu 60 v.H. mit „Ja“ beantwortet sein. Die einfachen Fragen sind im Erhebungsbogen doppelt gerahmt. Bsp.:

C.II.4.	Werden Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter(innen) der Einrichtung zugänglich vorgehalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
----------------	--	--------------------------------	----------------------------------

Eine weitere Gruppe von Fragen stellen Zusatzfragen dar. Sie sind nicht zwingend zu stellen, sondern für die Prüfperson fakultativ und gehen nicht unmittelbar in die Wertung ein. Sie sollen sicherstellen, dass bei der Gesamtbeurteilung der Einrichtung nicht Bereiche außer Acht gelassen werden, die sich etwa den oben dargestellten Wertungskategorien entziehen, aber gleichwohl für einen Gesamteindruck bedeutsam sein können. Diese Fragen sind als „Mögliche Zusatzfragen“ jeweils am Ende eines Abschnitts zusammengefasst, sie sind darüber hinaus nicht gesondert kenntlich gemacht. Bsp.:

D.I.6.	Ist die Information der Mitarbeiter(innen) über Arztbesuche und vom Arzt verordnete Maßnahmen geregelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	--	--------------------------------	----------------------------------

Ferner sind Fragen vorgesehen, die primär der Information dienen oder die aus erhebungstechnischen Gründen erforderlich sind, wie beispielsweise zu Stammdaten der Einrichtung oder Angaben über einzelne Pflegebedürftige, die in die Prüfung einbezogen sind. Diese Fragen sind nicht fakultativ zu stellen, sondern müssen beantwortet werden; sie sind ebenfalls nicht gesondert kenntlich gemacht. Bsp.:

B.I.6.	Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, welcher?

Soweit bei einer Frage eine Beantwortung nicht sachgerecht oder nicht möglich ist, ist die Antwort „keine Angabe“ (k.A.) vorgesehen. Dies gilt beispielsweise bei der Befragung oder der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen, wenn eine pflegerisch bedeutsame Diagnose, auf die sich die Frage bezieht, bei dem Pflegebedürftigen nicht vorliegt. In diesen Fällen soll die Antwort nicht in die Beurteilung eingehen.

IV. Hinweise zur Bewertungssystematik im Bereich der Prüfung von stationären Pflegeeinrichtungen

Bei Anwendung des Erhebungsbogens durch von den Pflegekassen anerkannte, unabhängige Sachverständige und Prüfstellen ist die nachfolgend beschriebene Bewertungssystematik zu Grunde zu legen. Durch die Verbindung des Prüfrasters mit einem Bewertungsschema wird die notwendige Operationalisierung der gesetzlichen und vertraglichen Qualitätsanforderungen für die Prüfpraxis erreicht und gewährleistet. Zur Beantwortung der Prüffragen sind geschlossene Antworten (Ja/Nein-Systematik) vorgesehen. Die Prüffragen sind zueinander gewichtet und nach ihrer Bedeutung in drei Wertungskategorien eingeteilt. Außerdem sind fakultativ zu stellende Zusatzfragen sowie weitere Fragen, die primär der Durchführung der Prüfung dienen, vorgesehen. Je nachdem, ob eine Einrichtung der vollstationären Pflege, der teilstationären Pflege oder der Kurzzeitpflege geprüft wird, sind ferner Differenzierungen, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben und vertraglichen Vereinbarungen ergeben, in die erläuternden Hinweise eingestellt.

Die Fragen der ersten Wertungskategorie sind „Ausschlussfragen“. Diese Fragen müssen ohne Ausnahme mit „Ja“ bewertet sein. Die Ausschlussfragen sind im Erhebungsbogen schwarz hinterlegt. Bsp.:

B.III.7.	Ist nachts die gesetzlich vorgeschriebene und mit den Kostenträgern oder deren Verbänden vereinbarte Pflege und Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------	---	--------------------------------	----------------------------------

Die Fragen der zweiten Wertungskategorie umfassen „Kernfragen“. Diese Fragen müssen zu 80 v.H. mit „Ja“ bewertet sein. Die Kernfragen sind im Erhebungsbogen grau hinterlegt. Bsp.:

C.III.4.	Wird die fachliche Anleitung und Überprüfung der für die hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen eingesetzten Mitarbeiter(innen) in regelmäßigen Abständen durch Fachkräfte gewährleistet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--------------------------------	----------------------------------

Die Fragen der dritten Wertungskategorie sind „einfache Fragen“. Diese Fragen müssen zu 60 v.H. mit „Ja“ bewertet sein. Die einfachen Fragen sind im Erhebungsbogen doppelt gerahmt. Bsp.:

C.II.4. Werden Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter(innen) der Einrichtung zugänglich vorgehalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Eine weitere Gruppe von Fragen stellen Zusatzfragen dar. Sie sind nicht zwingend zu stellen, sondern für die Prüfperson fakultativ und gehen nicht unmittelbar in die Wertung ein. Sie sollen sicherstellen, dass bei der Beurteilung der Einrichtung nicht Bereiche außer Acht gelassen werden, die sich den dargestellten Wertungskategorien entziehen, aber gleichwohl für einen Gesamteindruck bedeutsam sein können. Diese Fragen sind als „Mögliche Zusatzfragen“ jeweils am Ende eines Abschnitts zusammengefasst, sie sind darüber hinaus nicht gesondert kenntlich gemacht. Bsp.:

B.VI.4. Ist gewährleistet, dass bei Bedarf die Pflegebedürftigen zu den Gruppenangeboten in der Pflegeeinrichtung begleitet werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Ferner sind Fragen vorgesehen, die primär der Information dienen oder die aus erhebungstechnischen Gründen erforderlich sind, wie beispielsweise Stammdaten der Einrichtung oder Daten über einzelne Pflegebedürftige, die in die Prüfung einbezogen sind. Diese Fragen müssen gestellt werden; sie sind ebenfalls nicht gesondert kenntlich gemacht. Bsp.:

D.I.1.7. Seit wann wird der(die) Pflegebedürftige durch die Einrichtung betreut?

Heimaufnahme:

Pflegebeginn:

Soweit bei einer Frage eine Beantwortung nicht sachgerecht oder nicht möglich ist, ist die Antwort „keine Angabe“ (k.A.) vorgesehen. Dies gilt beispielsweise bei der Befragung oder der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen, wenn eine pflegerisch bedeutsame Diagnose, auf die sich die Frage bezieht, bei dem(r) Pflegebedürftigen nicht vorliegt. In diesen Fällen soll die Antwort nicht in die Beurteilung eingehen.

- V. Erhebungsbogen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und von Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises in zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen**

Teil A

Stammdaten Angaben zur Qualitätsprüfung

A.I. Allgemeine Angaben zur Einrichtung
--

A.I.1. Name und Adresse der Einrichtung:

A.I.2. Träger / Inhaber(in) der Einrichtung:

A.I.3. ggf. Verband:

A.I.4. Trägerart:

- privat
- öffentlich
- freigemeinnützig

A.I.5. Leiter(in) der ambulanten Pflegeeinrichtung mit Angabe der Qualifikation:

A.I.6. Verantwortliche Pflegefachkraft:

A.I.7. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft:

A.I.8. Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung:

Teil B

Einrichtungsbezogene Angaben

B.I. Art der Einrichtung und Versorgungssituation

B.I.1. Verfügt die Einrichtung über Büro- oder Geschäftsräume? Ja Nein

„Der Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage sein muß, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet zu gewährleisten. /.../ Der Pflegedienst muß über eigene Geschäftsräume verfügen. /.../ Kooperationen in der Region können gebildet werden.“ (3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

B.I.2. Bieten die Räumlichkeiten und Ausstattung des Pflegedienstes Möglichkeiten zur Teambesprechung? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn den Mitarbeiter(inne)n ein Raum mit ausreichenden Sitzgelegenheiten und Tischen für Besprechungen zur Verfügung steht.

B.I.3. Werden personenbezogene Unterlagen für Unbefugte unzugänglich (z.B. in Aktencontainern) aufbewahrt? Ja Nein

B.I.4. Werden Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen in einem abschließbaren Schlüsselkasten aufbewahrt? Ja Nein

B.I.5. Versorgungssituation am Stichtag

Gesamtzahl aller versorgten Personen	sog. Stufe 0	Leistungsempfänger(in) nach SGB XI nach Pflegestufen				nicht oder noch nicht eingestuft	Leistungsempfänger(in) nach SGB V	
		I	II	III	davon Härtefälle		ohne SGB XI	mit SGB XI

Die Angaben sollen eine Übersicht über die aktuelle Versorgungssituation der Pflegeeinrichtung am Prüftag ermöglichen. Anzugeben ist jeweils die Gesamtzahl aller versorgten Personen (Sonstige Kostenträger, SGB XI, SGB V, Selbstzahler). Die jeweiligen Daten sind geeigneten Unterlagen der Einrichtung, wie z.B. dem Versorgungsvertrag, zu entnehmen und durch aktuelle Unterlagen oder Befragungen zu erheben. Generell geht es um die Erhebung von grundlegenden Informationen, die für die Prüfperson zur späteren Bewertung der vom Pflegedienst erbrachten „qualitätsgebundenen Leistungen“ im Sinne der Pflege-Prüfverordnung erforderlich sind.

B.I.6. Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart? Ja Nein

Wenn ja, welcher?

„(1) /.../ In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“ (§ 72 SGB XI)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn einer oder mehrere Schwerpunkte bspw. im Versorgungsvertrag definiert sind, wobei pflegfachliche Schwerpunkte, z.B. Pflege aidskranker Patienten, pädiatrische Pflege, Pflege von Patienten im Wachkoma, sein können.

Für einen pflegfachlichen Schwerpunkt spricht auch, wenn die Schwerpunkte im Konzept der Einrichtung benannt sind oder Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (durch Fort- und/oder Weiterbildung erworben) beschäftigt sind.

B.I.7. Liegt eine Vereinbarung für die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V vor? Ja Nein

B.I.8. Wird eine Zusammenarbeit mit anderen an der Pflege und Versorgung Beteiligten angestrebt? Ja Nein

Wenn ja, wie und mit wem?

„Zugelassene Pflegedienste können mit anderen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten kooperieren. Die Kooperation dient der Ergänzung/ Erweiterung des Leistungsangebotes des Pflegedienstes. Soweit ein Pflegedienst die Leistungen anderer Pflegedienste in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität der Leistungen bei dem zugelassenen Pflegedienst bestehen.“ (3.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Im Rahmen einer qualitativen Pflege haben die Pflegedienste zur Vernetzung mit weiteren Institutionen zusammenzuarbeiten. Hierzu zählen insbesondere:

- der behandelnde Arzt und
- andere ambulante Dienste und stationäre/ teilstationäre Einrichtungen.

Nach Möglichkeit sollen Selbsthilfegruppen in die Zusammenarbeit einbezogen werden.“ (3.2.6 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Sofern Kooperationsvereinbarungen bestehen, sind diese zu nennen. (vgl. Frage B.III.5; B.III.10)

B.II. Grundlagen der pflegerischen Versorgung

B.II.1. Gibt es generelle Aussagen zur pflegerischen Versorgung (z.B. in Leitbildern, Konzeptionen)? Ja Nein

Das (Unternehmens-)Leitbild des Trägers bildet die Grundlage für das Einrichtungskonzept. In der Fachliteratur wird statt von Leitbild auch von Trägerphilosophie oder grundsätzlichen Zielen gesprochen. Das Pflegeleitbild hingegen drückt mit positiven und prägnanten Aussagen Zielvorstellungen und Haltungen gezielt für die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen aus.

„Schriftliche Vorstellung des Pflegedienstes und Darlegung des Hilfeangebotes. Hierin könnten u.a. Informationen enthalten sein über

- *das vorgehaltene Leistungsangebot,*
- *die Form und Durchführung der Leistungserbringung,*
- *das Pflegekonzept, /.../*
- *Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.“*

(3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn generelle Grundsätze oder Leitsätze zur pflegerischen Versorgung, z.B. im Rahmen eines Pflegeleitbildes, nachvollziehbar vorliegen, und den Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)

B.II.2. Liegen der pflegerischen Versorgung konzeptionelle Vorgaben zugrunde, z.B. ein Pflegekonzept? Ja Nein

Die Erarbeitung und Anwendung eines Pflegekonzeptes entspricht dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (vgl. § 11 Abs. 1 SGB XI). Das mit dem Einrichtungsleitbild abgestimmte Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter(innen), die am Pflege- und Versorgungsprozess beteiligt sind. In erster Linie präzisiert es Zielsetzungen und regelt Organisation und Arbeitsweise des Pflegebereiches und der in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Mitarbeiter(innen).

„(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“ (§ 11 SGB XI)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- *Pflegedienste erkennbar konzeptionelle Vorgaben zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung i.S. von § 11 Abs. 1 SGB XI nutzen und*
- *das jeweilige Konzept den Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung bekannt ist. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)*

B.II.3. Ist für die Leistungserbringung das Arbeiten nach Leitlinien/ Standards/ Richtlinien vorgesehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Leitlinien ermöglichen es, auf übergeordneter Ebene allgemeine Aussagen und Regelungen zu treffen.

Standards bestimmen nach einer Definition der WHO ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht. Kriterien bilden die messbaren Elemente der Standards. Messbarkeit ist eine der wichtigsten Anforderungen an Standards. Die in Standards formulierten Ansprüche an die Leistungsplanung und -erbringung sollten für alle Beteiligten transparent und verbindlich sein.

Auf der praktischen Ebene legen Standards beispielsweise fest:

- wie eine Verrichtung durchgeführt werden soll,
- welche Schwerpunkte gesetzt werden,
- wie ständig wiederkehrende Arbeitsabläufe gehandhabt werden sollen und
- wer zuständig und verantwortlich ist.

Eine Pflegerichtlinie ist eine konkrete Handlungsanweisung (Tätigkeits-, Verfahrens- oder Ablaufbeschreibung), in der die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung kleinschrittig beschrieben wird.

Pflegeleitlinien/ Standards/ Richtlinien sollten den individuellen Bedingungen der Einrichtung angepasst sein. Von größter Bedeutung ist der Prozess der Einführung und Umsetzung.

„Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale. Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung von Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden der Qualitätssicherung sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor. Der Träger des Pflegedienstes ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. /.../ Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese können u.a. sein: /.../ die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards. Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert.“ (vgl. 1.3.2, 1.3.2.1; 1.3.2.2 und 4.1 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das innerbetriebliche Arbeiten im Bereich der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach Leitlinien/ Standards/ Richtlinien vorgesehen ist, diese dokumentiert und den Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung nachvollziehbar bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)

B.III. Aufbau- und Ablauforganisation - Pflege und Versorgung

B.III.1. Wird ein schriftlicher Pflegevertrag nach § 120 SGB XI über die Erbringung pflegerischer und hauswirtschaftlicher Leistungen abgeschlossen? Ja Nein

„(1) Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des 1. Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). /.../

(2) Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. /.../

(3) In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.“ (§ 120 SGB XI)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Pflegevertrag wenigstens zu o.g. gesetzlichen Kriterien schriftliche Ausführungen enthält.

B.III.2. Wird das Erstgespräch mit dem(r) Pflegebedürftigen, ggf. seinen (ihren) Angehörigen, von einer Pflegefachkraft durchgeführt? Ja Nein

„Der Pflegedienst führt zur Feststellung des Hilfebedarfs und der häuslichen Pflegesituation einen Erstbesuch beim Pflegebedürftigen durch. Dabei sind die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herauszuarbeiten. Soweit der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlene Pflegeplan vorliegt, ist dieser beim Erstbesuch heranzuziehen. Der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen. Der Pflegedienst stellt fest, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen ist Rechnung zu tragen. /.../“ (3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Erstgespräch nachvollziehbar dokumentiert ist und von einer Pflegefachkraft im Sinne § 71 SGB XI durchgeführt wurde.

B.III.3. Werden Pflegebedürftige und pflegende Angehörige beraten? Ja Nein

„Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige vom Pflegedienst beraten und in gesundheitsfördernden und -sichernden Arbeits- bzw. Pflegetechniken unterstützt.“ (3.2.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege) Die Beratung kann z.B. erfolgen zu Prävention und Gesundheitsvorsorge, Pflegetechniken/ -maßnahmen, Pflegehilfsmitteln/ Hilfsmitteln, Rehabilitation, persönlichen Angelegenheiten und Behördenkontakten, Heimaufnahme. Die Beratung kann in Form von Sozialberatung, regelmäßigen Sprechstunden, festen Ansprechpartnern, Informationsgesprächen angeboten werden. Es kann hier z.B. auch überprüft werden, ob die Pflegeeinrichtung für Beratungssituationen eine innerbetrieblich geregelte Verfahrensweise anwendet.

„Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist /.../ regelmäßig zu überprüfen. /.../ Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten. Dabei ist auch die Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen zu berücksichtigen.“ (3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„(1) /.../ Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.“ (§ 120 SGB XI)

„/.../ Soweit sich die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln und der Anpassung des Wohnraums ergibt, informiert der Pflegedienst hierüber die Pflegekasse, die das Weitere veranlaßt.“ (3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn sich der Pflegedienst der beispielhaft genannten Beratungsformen bedient und ggf. eine Mitteilung an die Pflegekassen erfolgt.

B.III.4. Gibt es für den Pflegebedürftigen, ggf. seine Angehörigen, Möglichkeiten zur einfachen Kontaktaufnahme mit der Pflegedienstleitung? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn durch nachvollziehbare Regelungen dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen jederzeit eine einfache Kontaktaufnahme möglich ist.

B.III.5. Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes rund-um-die-Uhr und an Sonn- und Feiertagen sichergestellt? Ja Nein

Wie?

„/.../ Der Pflegedienst erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschl. an Sonn- und Feiertagen. Der Pflegedienst muß /.../ ständig erreichbar sein. Kooperationen in der Region können gebildet werden.“ (vgl. 3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege), z.B. durch Rufbereitschaft, Anrufweiserschaltung, Mobiltelefon, Kooperationsvereinbarungen. Der ausschließliche Einsatz eines Anrufbeantworters reicht nicht aus.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine Pflegefachkraft ständig für die vom Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen telefonisch erreichbar ist und ein Einsatz, ggf. in Kooperation mit anderen, sichergestellt werden kann.

B.III.6. Ist sichergestellt, dass vom Pflegedienst zu verantwortende freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen angewandt werden? Ja Nein k.A.

In engen Grenzen können freiheitsbeschränkende Maßnahmen zulässig sein. Dies gilt für den Fall der Einwilligung durch den Betroffenen, dem Vorliegen der Voraussetzungen des § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) oder einer richterlichen Genehmigung oder beschlossenen Unterbringung. Fixierungen u. ä. Maßnahmen sind schriftlich zu dokumentieren (Anlass, Anordnung, Dauer), damit sich Arzt, Aufsichtsbehörde bzw. das Gericht von der Erforderlichkeit der Maßnahmen unter Beschränkung auf Notfallsituationen überzeugen können.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Pflegedienst für die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die er zu verantworten hat, wenigstens durch entsprechende Eintragungen in der Pflegedokumentation, nachweisen kann, dass Fixierungen nur bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen erfolgen (vgl. Frage D.1.2.).

B.III.7.	Werden in der Einrichtung geregelte Verfahrensweisen wenigstens zu folgenden Bereichen vorgehalten?	Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Erstbesuch		
<input type="checkbox"/>	Hygiene (einschließlich erforderlicher Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen oder deren Übertragung)		
<input type="checkbox"/>	Umgang mit Notfallsituationen,		
<input type="checkbox"/>	Maßnahmen, sofern die zu Versorgenden nicht angetroffen werden,		
<input type="checkbox"/>	Ausfüllen des Durchführungs-/ Leistungsnachweises		
<input type="checkbox"/>	Umgang mit den Leistungskomplexen		
<input type="checkbox"/>	Datenschutz/ Schweigepflicht (z.B. Verschwiegenheitserklärung)		

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn wenigstens - neben den Regelungen im Bereich der Pflege (vgl. Frage B.II.3.) und hauswirtschaftlichen Versorgung - für die genannten Bereiche innerbetriebliche Regelungen getroffen wurden und diese den Mitarbeiter(inne)n bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen) Sofern Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden hierzu Regelungen treffen, sind diese bei der Beantwortung zu berücksichtigen.

B.III.8.	Stehen den Mitarbeiter(inne)n ausreichend Arbeitshilfen zur Verfügung?	Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche?

*„Die Pflegeeinrichtung hat ihren Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten.“
(§ 19 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI ambulante Pflege)*

Es ist bei den Pflegebedürftigen, die in die Ergebnisprüfung einbezogen werden, zu prüfen, ob den Pflegekräften die erforderlichen Arbeitshilfen - unabhängig von der Kostenträgerschaft - zur Verfügung stehen. (vgl. Teil D des Erhebungsbogens)

B.III.9.	Liegt geeignetes Informationsmaterial vor, aus dem sich die Angebotsstruktur des Pflegedienstes erkennen lässt?	Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung hat der Pflegedienst sich u.a. schriftlich vorzustellen und sein Hilfeangebot darzulegen. In dieser schriftlichen Vorstellung können u.a. „/.../ Informationen über das vorgehaltene Leistungsangebot, die Form und Durchführung der Leistungserbringung, das Pflegekonzept, die personelle Ausstattung, die Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit des Pflegedienstes, Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten, Wahrnehmung von Beratungsfunktionen sowie Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen“ enthalten sein. (vgl. 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„(2) Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. /.../

(3) In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.“ (§ 120 SGB XI)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn (z.B. im Rahmen des Erstbesuches der(die) Pflegebedürftige und/oder seine (ihre) Angehörigen in einem persönlichen Gespräch) umfassend über das Leistungsangebot des Pflegedienstes informiert wird. Zur Information eines(r) Bewerbers(in) gehört auch der bei Vertragsabschluss in Frage kommende Pflegevertrag.

B.III.10. Ist die Informationsweitergabe zur regional vorhandenen pflegerischen Infrastruktur (Arzt, Krankenhäuser, andere Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen etc.) geregelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, wie?

„Ambulante Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll /.../ durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen, /.../ Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheitssicherung, der Alten- und Behindertenhilfe zu berücksichtigen.“ (vgl. 1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Im Rahmen einer qualitativen Pflege haben die Pflegedienste zur Vernetzung mit weiteren Institutionen zusammenzuarbeiten. Hierzu zählen insbesondere:

- der behandelnde Arzt und
- andere ambulante Dienste und stationäre/ teilstationäre Einrichtungen. Nach Möglichkeit sollen Selbsthilfegruppen in die Zusammenarbeit einbezogen werden.“

(vgl. 3.2.6 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn, z.B. durch Überleitungsbögen/ Verlegungsberichte „Pflege“ für den Übergang in ein Pflegeheim, eine sachgerechte Informationsweitergabe sichergestellt wird. (vgl. auch B.I.8.)

Mögliche Zusatzfragen:

B.III.11. Werden die Angehörigen durch den Pflegedienst auf Hilfen wie „Kurse für häusliche Pflege“, „Anleitung im Umgang und zum Einsatz von Hilfsmitteln“, „Angehörigenabende“ hingewiesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

B.III.12. Bietet der Pflegedienst an, dem(der) zu versorgenden Pflegebedürftigen nach seinen individuellen Wünschen die Teilnahme an Aktivitäten außerhalb seiner Häuslichkeit zu ermöglichen bzw. zu vermitteln?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

„/.../ Der Pflegedienst stellt fest, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. /.../ Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten./.../“ (vgl. 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

B.IV. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

B.IV.1. Hat die Einrichtung ein betriebsinternes Qualitätsmanagementsystem, das wenigstens den Anforderungen der Vereinbarung nach § 80 SGB XI in der jeweiligen Fassung entspricht? Ja Nein

„(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die /.../ sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 80 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, /.../.“ (§ 72 SGB XI)

„(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich /.../ Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist./.../ Die Vereinbarungen sind im BANz zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) /.../ Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.“ (§ 80 SGB XI)

„Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre institutionelle Verankerung können höchst unterschiedlich gestaltet werden. Je nach Standort sind hier Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung zu unterscheiden.“ (vgl. 1.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn wenigstens die internen und ggf. die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sachgerecht dokumentiert sind. (vgl. Frage B.IV.3; B.IV.5; B.VI.2.)

B.IV.2. Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben des Qualitätsmanagements geregelt? Ja Nein

„/.../ Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese können u.a. sein: /.../ die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten /.../.“ (vgl. 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die betriebliche Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement sollte eindeutig (z.B. in der Stellenbeschreibung oder per Dienstanweisung) geregelt und dokumentiert sein.

B.IV.3. Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung durchgeführt? Ja Nein

Welche?

„Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jede Einrichtung und jeden Dienst. Jeder Pflegedienst ist für die Qualität der Leistungen, die er den Versicherten gegenüber erbringt, verantwortlich.“ (1.3.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Der Träger des Pflegedienstes ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese können u.a. sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten,

- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards.

Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert.“ (4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die ausgewählten internen Qualitätssicherungsmaßnahmen nachvollziehbar und dokumentiert sind.

B.IV.4. Gibt es in der Pflegeeinrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden? Ja Nein

Welche?

Ein offener Umgang mit Beschwerden von Pflegebedürftigen und den Angehörigen, aber auch von Mitarbeiter(inne)n, ermöglicht es der Einrichtung, sich eigener Schwachstellen bewusst zu werden und Qualitätsverbesserungen zu erreichen.

„Ambulante Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll /.../

- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,
- eine Vertrauensbasis zwischen Pflegbedürftigen und Leistungserbringern schaffen, /.../
- die individuelle Lebenssituation und die Selbstversorgungskompetenz des Pflegebedürftigen respektieren und fördern. /.../.“

(vgl. 1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Pflegedienst nachweisen kann, dass er geeignete Maßnahmen zur Erfassung von Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen der Pflegebedürftigen und den Angehörigen anwendet (z.B. Beschwerdebuch) und bei Beschwerden entsprechende Maßnahmen einleitet.

B.IV.5. Beteiligt sich die Einrichtung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung? Ja Nein

Wenn ja, wie und an welchen?

„Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen von Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.“ (1.3.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Der Pflegedienst /.../ soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese können u.a. sein: /.../

- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards. Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert.“

(4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Pflegedienst die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nachweisen kann, dies gilt auch für den internen Qualitätssicherungsprozess begleitende Zertifizierungen.

- B.IV.6. Wird die Meinung der Pflegebedürftigen, ggf. der Angehörigen, zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung durch den Pflegedienst erfragt?** Ja Nein

Wenn ja, wie und wodurch?

Die „Zufriedenheit“ des Pflegebedürftigen ist ein zentrales Ziel eines Qualitätsmanagements. Sie kann auf unterschiedliche Art und Weise gemessen werden, z.B. mit schriftlichen oder mündlichen Befragungen. Die Frage zielt darauf ab, ob eine regelhafte Überprüfung der Zufriedenheit erfolgt.

„In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu /.../

- der Berücksichtigung der angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen,*
- der Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen.“*

(3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Mögliche Zusatzfrage:

- B.IV.7. Können die Mitarbeiter(innen) ihre Kenntnisse und Meinung einbringen (persönliches Gespräch, Qualitätszirkel, Vorschlagswesen, strukturierte Personalgespräche etc.)?** Ja Nein

Wenn ja, wie?

B.V. Pflegedokumentation

B.V.1. Liegt ein geeignetes und einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?

Ja

Nein

Ein Pflegedokumentationssystem soll die übersichtliche, systematische, jederzeit nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten (Erstgespräch, Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Durchführungsnachweis, Evaluation) ermöglichen. Bei der Bewertung durch die Prüfperson - vor allem in Teil D des Erhebungsbogens - ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in der Häuslichkeit des(der) Pflegebedürftigen auch andere an der Pflege beteiligte Personen den Pflegebedürftigen zur Seite stehen und generell der Pflegebedürftige die Entscheidung darüber trifft, welche Leistungen er von den Mitarbeiter(inne)n des Pflegedienstes erbringen lässt.

„Der Pflegedienst fertigt aufgrund der durch den Erstbesuch gewonnenen Erkenntnisse eine Pflegeplanung. Darin ist die Aufteilung der Leistungserbringung auf die an der Pflege Beteiligten aufzuführen. Die Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden. Der Pflegedienst hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. /.../ Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Pflegebedürftigen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Pflegedienst zu führen. /.../ Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist /.../ regelmäßig zu überprüfen /.../ mit den an der Pflege Beteiligten /.../ zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten. Dabei ist auch die Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen zu berücksichtigen.“ (vgl. 3.2.2.2 ; 3.2.3 und 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Aufgrund der verschiedenen Angebote von Pflegedokumentationssystemen ist die folgende Zuordnung von Informationen zu einzelnen Formblättern exemplarisch.

Stammblatt:

- *Angaben zur Person einschließlich Konfession,*
- *Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI,*
- *Datum des Pflegebeginns (ggf. der Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen)*
- *medizinische Diagnosen, Allergien,*
- *Kostform,*
- *medizinische/ therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z.B. Haus- und ggf. Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen z.B. über künstliche Ernährung oder Reanimation, Krankengymnastik, Ergotherapie),*
- *soziale Versorgungssituation (z.B. Bezugsperson, Vollmachten, vormundschaftsgerichtliche Genehmigungen, ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger),*
- *Informationen für Notfallsituationen (z.B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson),*
- *Aufenthalte in Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung).*

Pflegeanamnese/ Informationssammlung:

- *Informationen über Biografie, Gewohnheiten, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugsperson,*
- *Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Pflegebedürftigen,*
- *Informationen über den Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens,*
- *Informationen über Gedächtnis und Konzentration,*
- *Informationen über Vitalfunktionen und pflegerelevante Probleme in Bezug auf Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen,*
- *ggf. Eintragungen von anderen an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzten oder Therapeuten.*

Pflegeprozessplanung:

- Ressourcen,
- *Pflegerisch bedeutsame Diagnosen, wie z.B. vorliegender Dekubitus, Einschränkungen in der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Inkontinenz, gerontopsychiatrische Veränderungen, möglichst nach Priorität geordnet, und Fähigkeiten,*
- *potentielle Gefahren (z.B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus, Abweichungen im Blutzuckerspiegel, zu geringe Flüssigkeitsaufnahme),*
- *Maßnahmenplanung (was, wie oft, wann, warum),*
- *Abgrenzung der Leistungen des Pflegedienstes zu Leistungen, die vom Pflegebedürftigen und/oder anderen an der Pflege Beteiligten erbracht werden (vgl. sinngemäß 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege),*
- *kurzfristige Pflegeziele und/oder langfristige Pflegeziele,*
- *Regelung über die Zuständigkeit für die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen,*
- *Regelmäßige Evaluation des Zielerreichungsgrades mit Datum und Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft.*

Pflegedurchführungsnachweis:

- *durchgeführte Maßnahmen einschließlich Datum und tageszeitlicher Zuordnung,*
- *Handzeichen der durchführenden Pflegekraft,*
- *ggf. gesonderte Tagesprofile, Lagerungs-, Bewegungsförderungs-, Trink-, Bilanzierungspläne sowie Vitalzeichenbogen.*

Pflegebericht:

- *wichtige Geschehnisse und Beobachtungen, Informationen,*
- *aktuelle, pflegerisch bedeutsame Probleme,*
- *Verlauf,*
- *Ursachen und Begründung für Veränderungen der Ziel- und/oder Maßnahmenplanung,*
- *Aussagen hinsichtlich*
 - *„.../ der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangen sind,*
 - *der Pflege verbaler und nonverbaler Kommunikation und Verbesserung soweit möglich,*
 - *der Unterstützung räumlicher, zeitlicher und situativer Orientierung,*
 - *dem Abbau von Ängsten,*
 - *der Überwindung von Antriebsschwächen bzw. dem Auffangen überschießender Reaktionen,*
 - *der Berücksichtigung der angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen,*
 - *der Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen“ (vgl. 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege),*
- *besondere Hinweise, wie z.B. über freiheitsbeschränkende Maßnahmen, soziale Kriseninterventionen.*

Leistungsnachweisbogen

ggf. ärztliches Verordnungsblatt:

- *Medikationsplan,*
- *Medikationsanordnung des Arztes,*
- *sonstige ärztliche Verordnungen.*

ggf. Formblatt der verordneten Arzneimittel:

- *Namen,*
- *Applikationsform,*
- *Dosierung und Häufigkeit,*
- *Anforderung an die Verabreichung (z.B. Tageszeit, vor/ während/ nach den Mahlzeiten, nicht mit anderen Arzneimitteln zusammen).*

ggf. „Verlegungsbericht/Pflege“/ Pflegebericht für den Übergang vom Pflegedienst ins Krankenhaus oder andere Einrichtungen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegedokumentationssystem wenigstens die oben genannten Informationen ermöglicht und die im Pflegedienst der Prüfperson zur Verfügung stehenden Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Pflegebedürftigen eingesehenen, individuell zusammengestellten Dokumentationsunterlagen (vgl. Teil D des Erhebungsbogens) übereinstimmen.

Bei EDV-gestützter Dokumentation der Leistungen der Pflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung ist zur Beurteilung der Geeignetheit des Pflegedokumentationssystems darüber hinaus zu prüfen, ob wenigstens

- die Zugriffsrechte eindeutig geregelt sind,
- alle Eintragungen eindeutig sind, so dass die Rückverfolgbarkeit der Durchführung der Leistungen der Pflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung gewährleistet ist, und
- nachträgliche Eintragungen/ Änderungen durch das System eindeutig als „nachträglich“ gekennzeichnet werden.

B.V.2. Wird die Pflegedokumentation in der Regel bei dem(r) zu versorgenden Pflegebedürftigen aufbewahrt? Ja Nein

„/.../ Die Pflegedokumentation ist beim Pflegebedürftigen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Pflegebedürftigen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Pflegedienst zu führen. /.../.“ (vgl. 3.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

B.V.3. Sind die Mitarbeiter(innen) in die Führung der Pflegedokumentation eingewiesen? Ja Nein

„/.../ Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet daher, daß diese u.a. verantwortlich ist für

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen, /.../.“

(vgl. 3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Pflegedienst nachweisen kann, dass die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung dieser Aufgabe nachkommt.

B.V.4. Ist sichergestellt, dass jede(r) Mitarbeiter(in) nach den in der Pflegeplanung definierten Zielen und Maßnahmen arbeitet? Ja Nein

Die Frage zielt darauf ab, ob sichergestellt ist, dass die Mitarbeiter(innen) die von ihnen zu erbringenden Pflege- und Versorgungsleistungen stets auf Grundlage der Pflegeplanung, wie in der Pflegedokumentation festgehalten, erbringen. Diese Sicherstellung obliegt der verantwortlichen Pflegefachkraft.

„/.../ Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet daher, daß diese u.a. verantwortlich ist für

- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte,
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes. /.../

Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.“

(vgl. 3.1.1.2 und 3.1.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Pflegedienst nachweisen kann, dass die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung sicherstellt, dass die Mitarbeiter(innen) nach den in der Pflegeplanung beschriebenen Zielen handeln.

B.VI. Hauswirtschaftliche Versorgung

B.VI.1. Gibt es Aussagen über die hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. in Konzeptionen)? Ja Nein

Ziele und innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen hauswirtschaftlicher Leistungen sollten in Ausrichtung auf die Gesamtzielsetzung der Einrichtung (das Leitbild, die Unternehmensphilosophie) definiert und abgestimmt sein.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für hauswirtschaftliche Leistungen Grundsätze oder Leitsätze auf der Grundlage dieses Leitbildes formuliert und nachvollziehbar sind. (vgl. auch Frage B.II.1.)

B.VI.2. Wird sichergestellt, dass hauswirtschaftliche Leistungen sachgerecht geplant, erbracht und dokumentiert werden? Ja Nein

Generell sind hauswirtschaftliche Dienstleistungen und der Einfluss des hauswirtschaftlichen Personals ein wichtiger Leistungs- und Qualitätsbestandteil der gesamten Leistungserbringung in der Häuslichkeit des(r) Pflegebedürftigen, vorausgesetzt der(die) Pflegebedürftige nimmt dieses Leistungsangebot des Pflegedienstes in Anspruch.

„/.../ Pflegedienste im Sinne dieser Grundsätze und Maßstäbe sind /.../ Einrichtungen, die unter fachlicher Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung geplant pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.“ (vgl. Abschnitt 2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet daher, dass diese u.a. verantwortlich ist für /.../ die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte /.../ /.../ Geeignete Kräfte im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe sind entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation einzusetzen. /.../ Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig/.../.“ (vgl. 3.1.1.2; 3.1.3.1 und 3.1.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Zugelassene Pflegedienste können mit anderen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten kooperieren. /.../ Soweit ein Pflegedienst die Leistungen anderer Pflegedienste in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem zugelassenen Pflegedienst bestehen.“ (vgl. 3.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„/.../ Zwischen den an der Pflege Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden. Innerhalb des Pflegedienstes finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt. /.../ Die Einsatzorganisation von Pflegekräften wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Diese hat dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegeeinsätze zeitlich nach den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen festgelegt werden und einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen.“ (3.2.3 und 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Der Träger des Pflegedienstes ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden./.../ Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert.“ (vgl. 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn erkennbar ist, dass wenigstens die o.g. vertraglichen Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden umgesetzt worden sind und die gewählten internen Qualitätssicherungsmaßnahmen nachvollziehbar, geeignet dokumentiert und den (inne)n bekannt sind (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen). (vgl. auch Frage C.II.1 und Fragen zu C.III und Teil D.)

B.VI.3.	Werden die hauswirtschaftlichen Kräfte für die (besonderen) Belange der Pflegebedürftigen sensibel gemacht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
----------------	--	--------------------------------	----------------------------------

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in geeigneter Weise sichergestellt ist, dass auch die hauswirtschaftlichen Kräfte für die Belange der Pflegebedürftigen sensibilisiert werden.

B.VII. Betreuung und Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

B.VII.1. Ist das Personal, das zur Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger eingesetzt wird, für diesen Einsatzbereich besonders aus-, fort- oder weitergebildet? Ja Nein k.A.

Diese und die folgenden Fragen sind mit „keine Angabe“ zu beantworten, wenn keine gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Personen gepflegt und hauswirtschaftlich versorgt werden.

B.VII.2. Finden spezielle Fort- und Weiterbildungen in ausreichendem Umfang statt? Ja Nein k.A.

B.VII.3. Erfolgt die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung dieses Personenkreises, wenn möglich, in enger Abstimmung mit den Angehörigen? Ja Nein k.A.

Teil C

Personalbezogene Angaben

C.I. Personalausstattung

C.I.1. Zusammensetzung und Qualifikation

Die Tabelle soll einen Überblick über die Personalzusammensetzung des Pflegedienstes geben. Die erforderlichen Angaben sind dem Stellenplan und dem Einsatz-/ Tourenplan zu entnehmen. Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % möglichst nicht überschreiten. (§ 18 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI ambulante Pflege.) Grundlage sind die mit den Kostenträgern oder deren Verbänden getroffenen Personalvereinbarungen, wie etwa im Versorgungsvertrag oder in den Vereinbarungen nach § 75 SGB XI.

„(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. die Beschäftigung regelmäßig weniger als fünfzehn Stunden in der Woche ausgeübt wird und das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 325 Euro nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Jahres seit ihrem Beginn auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 325 Euro im Monat übersteigt.

(2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 und nicht geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.“ (vgl. § 8 SGB IV)

	Vollzeit		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtvollzeitstellen
	Anzahl Mitarbeiter(innen)	Anzahl MA	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	
Geschäftsführung							
Verwaltung							
Pflegedienstleitung							
Hauswirtschaftsleitung/-technik							
Pflege							
Altenpfleger(innen)							
Krankenschwestern/-pfleger							
Kinderkrankenschwestern/-pfleger							
Heilerzieher(innen) bzw. Heilerziehungspfleger(innen)							

	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
	Anzahl Mitarbeiter(innen)	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	Gesamtvollzeitstellen
(noch) Pflege						
Altenpflegehelfer(innen)						
Krankenpflegehelfer(innen)						
Sonstige Pflegehilfskräfte, angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Zivildienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
Hauswirtschaft						
Hauswirtschaftliche Betriebsleiter(innen)						
Dipl-Oecothropholog(inn)en						
Wirtschafter(innen)						
Fachhauswirtschafter(innen)						
Köchinnen / Köche						
Hauswirtschaftler(innen)						
Haus- und Familienpfleger(innen)						
Hausmeister(innen)						
Haus- und Familienpflegerhelfer(innen)						
Hauswirtschaftliche Helfer(innen); Hilfskräfte						
Dorfhelfer(innen)						
Familienbetreuer(innen)						
Zivildienstleistende						
Sonstige						

C.I.2.	Entspricht die Personalausstattung den gesetzlichen Verpflichtungen und ggf. Vereinbarungen, die mit den Kostenträgern oder deren Verbänden getroffen wurden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	--	--------------------------------	----------------------------------

„(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.“ (§ 71 SGB XI)

„Die vom Pflegedienst angebotene ambulante Pflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen /.../ Der Träger des Pflegedienstes stellt sicher, daß bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach Nummer 3.1.2.1 gewährleistet ist. /.../ Der Pflegedienst hat /.../ nach den individuellen Erfordernissen der Pflegebedürftigen auch bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) - entsprechend den jeweiligen pflegerischen Leistungen - geeignete Kräfte vorzuhalten. Geeignete Kräfte im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe sind entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation einzusetzen. Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere: /.../“ (vgl. 3.1.1.2 , 3.1.3.1 und die Auflistung in 3.1.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn erkennbar ist, dass wenigstens die gesetzlichen Vorgaben und die o.g. vertraglichen Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden nach den Regelungen des SGB XI umgesetzt worden sind. Sofern auch für die Erbringung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V Vereinbarungen zur Personalausstattung mit den Kostenträgern oder deren Verbände getroffen worden sind, sind diese zu berücksichtigen.

C.I.3.	Liegt eine aktuelle Namensliste der Mitarbeiter(innen) mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	--	--------------------------------	----------------------------------

Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich. Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine Namensliste mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vorliegt, die alle Mitarbeiter(innen) umfasst, die seit mehr als 4 Wochen in der Einrichtung beschäftigt sind.

C.I.4. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die erforderliche Qualifikation?

Ja Nein

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder -pfleger, als Kinderkrankenschwester oder -pfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder -pfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich, bei ambulanten Pflegeeinrichtungen davon in der Regel mindestens 1 Jahr im ambulanten Bereich. Diese Berufserfahrung sollte im Umfang einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erworben worden sein. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, können auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger sowie Heilerzieherinnen und -erzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden.

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI muss darüber hinaus eine leitungsbezogene Weiterbildung von mindestens 460 Stunden oder der Studienabschluss im Pflegemanagement einer FH oder Universität nachgewiesen werden. Es besteht eine Übergangsregelung, nach der innerhalb von 7 Jahren nach Abschluss der Vereinbarung diese Qualifikation erworben werden kann. Bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit in dieser Funktion und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers innerhalb dieser Frist im Einzelfall von den Vertragspartnern nach § 72 Abs. 2 SGB XI Ausnahmen zugelassen werden. Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI muss die verantwortliche Pflegekraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin oder Gesellschafterin des Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegedienstleitung sich auf den jeweiligen Pflegedienst bezieht, gilt diese Anforderung auch als erfüllt. Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte. (vgl. sinngemäß 3.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Seit dem 01.01.2002 hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Rahmenfrist fünf Jahre vor dem Tag beginnt, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft bestellt werden soll. Außerdem verlängert sich die Frist um Zeiten, in denen eine Fachkraft

- „1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,*
- 2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder*
- 3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.*

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.“ (§ 71 Abs. 3 SGB XI)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- die Grundqualifikation vorliegt,*
- eine praktische Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre besteht, es sei denn, die achtjährige Rahmenfrist ist ausnahmsweise anwendbar,*
- eine leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden oder der Studienabschluss im Pflegemanagement einer FH oder Universität nachgewiesen und*
- ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht.*

Ist die Anforderung für die leitungsbezogene Weiterbildung oder die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht erfüllt, liegen aber Übergangs- bzw. Ausnahmeregelungen vor, ist diese Frage mit „Ja“ zu beantworten, wenn die übrigen Voraussetzungen gegeben sind. Liegt bereits eine Anerkennung durch die Verbände der Pflegekassen vor, ist die Frage ebenfalls zu bejahen.

C.I.5. Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in der Einrichtung?

..... Stunden

Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft kann Hinweise darüber geben, welchen Stellenwert diese für den Träger der Einrichtung hat.

C.I.6. Verfügt die stellvertretende Pflegefachkraft über die erforderliche Qualifikation? Ja Nein

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI erfüllen die fachlichen Voraussetzungen für die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft Personen, die

a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester/ Krankenpfleger oder Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen.

b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpflegerin/ Altenpfleger mit staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlichen Regelung - besitzen.

(vgl. sinngemäß 3.1.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

In den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege wird von einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung der Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft in der Regel ausgegangen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- die Grundqualifikation vorliegt,*
- ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht oder*
- eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgrund einer Ausnahmeregelung nicht erforderlich ist oder bereits eine Anerkennung der Verbände der Pflegekassen vorliegt.*

C.II. Aus- und Fortbildung

C.II.1. Wird ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter(innen) im Rahmen der fachlichen Anleitung und Überprüfung der Leistungserbringung angewandt? Ja Nein

„Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist /.../ sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.“ (§ 18 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI ambulante Pflege)

„/.../ Hilfskräfte und angeleitete Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.“ (vgl. 3.1.3.2 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Fachliche Anleitung umfasst unter anderem die Einarbeitung durch eine Fachkraft anhand eines Einarbeitungskonzeptes. Das Einarbeitungskonzept sollte der(die) neue Mitarbeiter(in) kennen und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn anhand konkreter Beispiele nachgewiesen werden kann, dass ein Einarbeitungskonzept wenigstens für die Bereiche der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung angewandt wird. (vgl. Frage B.II.3; C.III.1; C.III.2.)

C.II.2. Liegt ein Fort- und Weiterbildungsplan der Einrichtung vor? Ja Nein

Unter Fortbildung sind Maßnahmen zu verstehen, die dem Erhalt und der Aktualisierung des Fachwissens dienen. Die Teilnahme an Maßnahmen der Fortbildung dient zum einen der persönlichen beruflichen Qualifikation, zum anderen der Sicherstellung der betrieblich geforderten Qualifikation in Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Fortbildungen können sein: Maßnahmen mit Schulungsinhalten wie z.B. zu Pflegedokumentation und -planung, Umgang mit Pflegehilfsmitteln, Dekubitusprophylaxe, Ernährung, Hygiene, Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Personen, Supervisionen oder Qualitätsmanagement.

„Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Qualität der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Ihr Fachwissen ist ständig zu aktualisieren, /.../.“ (3.1.1.3 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus dem Fortbildungsplan ersichtlich ist, dass der Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter(innen) in den Bereichen der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung berücksichtigt wird.

C.II.3. Werden alle Mitarbeiter(innen) in die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einbezogen? Ja Nein

Bei interner Fortbildung müssen Fortbildungen über Teilnehmerlisten mit Datum, Gegenstand der Fortbildung und Handzeichen der Teilnehmer(innen) nachgewiesen werden, bei externen Fortbildungen müssen Teilnahmebescheinigungen vorliegen.

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Mitarbeiter(innen) der Zugang zu einer berufsbezogenen Fort- und Weiterbildung offensteht. (Zu prüfen anhand der in den letzten 2 Jahren durchgeführten berufsbezogenen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die z.B. in Form eines schriftlichen Nachweises, eines „Ausbildungspasses“ für einzelne Mitarbeiter(innen) oder EDV-technisch belegt sein können.)

C.II.4. Werden Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter(innen) der Einrichtung zugänglich vorgehalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

„/.../ Ihr Fachwissen ist ständig zu aktualisieren, fachbezogene Fachliteratur ist vorzuhalten.“ (3.1.1.3 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- eine Auswahl relevanter Fachbücher vorliegt und
- diese Literatur für die Mitarbeiter(innen) zugänglich ist. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)

C.II.5. Werden die Mitarbeiter(innen) zum Schutz vor Infektionen und deren Übertragung regelmäßig und in geeigneter Weise informiert/ geschult?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Mitarbeiter(innen) in geeigneter Weise, beispielsweise durch innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen, interne oder externe Schulungen oder entsprechendes Informationsmaterial, über

- Arten und mögliche Übertragungswege meldepflichtiger Infektionen,
- die erforderlichen Hygienemaßnahmen einschließlich der notwendigen Schutzkleidung,
- geeignete Desinfektionsmittel für Hände-, Flächen-, Wäsche- und Instrumentenreinigung und das jeweilige Desinfektionsverfahren und -dosierung,
- präventive Immunisierungsmöglichkeiten oder
- Sofortmaßnahmen bei Unfällen sowie die Meldepflichten gegenüber Pflegedienstleitung, oder Behörden (z.B. Gesundheitsamt)

informiert werden. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)

C.III. Aufbau- und Ablauforganisation - Personal

C.III.1. Wird die fachliche Anleitung und Überprüfung der Leistungserbringung in regelmäßigen Abständen gewährleistet? Ja Nein

„Die vom Pflegedienst angebotene ambulante Pflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet daher, daß diese u.a. verantwortlich ist für

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen,
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte,
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.“

(vgl. 3.1.1.2 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„/.../ Geeignete Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.“
(vgl. 3.1.3.2 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Verantwortung - insbesondere für den Pflegeprozess - liegt bei einer Fachkraft. Aus der Pflegedokumentation muss wenigstens hervorgehen, welche Pflegefachkraft zu welchem Zeitpunkt für Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Pflegeevaluation verantwortlich ist.

Fachliche Anleitung durch die verantwortliche Pflegefachkraft umfaßt neben der Einarbeitung anhand eines Einarbeitungskonzeptes (vgl. Frage C.II.1.) auch regelmäßige und nachvollziehbare Pflegevisiten, die Sicherstellung der Durchführung der Pflege durch Pflegekräfte nach der Pflegeprozessplanung sowie eine durchgehende Erreichbarkeit einer Fachkraft während der Einsatzzeit der Hilfskräfte/ angelernten Kräfte.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Anleitungs- und Überprüfungsaufgaben in der Pflege und Versorgung in geeigneter Weise, wie z.B. durch die Durchführung von Pflegevisiten, wahrnimmt.

C.III.2. Werden Pflegekräfte (nicht Pflegefachkräfte) entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt? Ja Nein

Für allgemeine Pflegeleistungen kann davon ausgegangen werden, dass bei Krankenschwestern/ -pflegern, Kinderkrankenschwestern/ -pflegern sowie staatlich anerkannten Altenpfleger(innen) mit mindestens zweijähriger Berufsausbildung die formale Qualifikation vorliegt.

Für die medizinische Behandlungspflege kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation bei Krankenschwestern/ -pflegern, Kinderkrankenschwestern/ -pflegern sowie staatlich anerkannten Altenpfleger(innen) mit dreijähriger Berufsausbildung vorliegt. Eine Orientierung hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen für die medizinische Behandlungspflege bieten die Rahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Beim Einsatz von Krankenpflegehelfern ist zu prüfen, ob die formale Qualifikation für die ihnen übertragenen Tätigkeiten ausreicht. Sofern vertragliche Vereinbarungen nach § 75 SGB XI hierzu Aussagen treffen, sind diese zu berücksichtigen.

Bei Altenpflegehelfern ist dies von der jeweiligen Ausbildung abhängig.

Hilfskräfte verfügen über keine formale Qualifikation. Daher ist zu prüfen, ob eine materielle Qualifikation für allgemeine Pflegeleistungen gegeben ist. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderliche Qualifikation vorliegt.

Das ist insbesondere der Fall, wenn die betroffene Pflegekraft über ausreichende Berufserfahrung in der Grundpflege verfügt und darüber hinaus die verantwortliche Pflegefachkraft diese hinsichtlich der Eignung (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) überprüft hat, im Sinne der Vermittlung erforderlicher Kenntnisse und Fertigkeiten angeleitet hat sowie bei der Leistungserbringung in angemessenen Zeitintervallen regelmäßig kontrolliert.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Pflegekräfte unter Berücksichtigung der o.g. Kriterien entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt werden. (Stichprobenprüfungen anhand bspw. von Pflegedokumentationen reichen aus; vgl. Teil D.)

C.III.3. Sind die Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und Aufgaben für pflegerische Leistungen (einschließlich häuslicher Krankenpflege) und hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen geregelt (z.B. durch Stellenbeschreibungen)? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Aufgaben sowie Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche anhand von Stellenbeschreibungen oder ähnlichen Instrumenten (z.B. Funktionsdiagramm, Verantwortungsmatrix) vorliegen und verbindlich angewandt werden. (Abzeichnung durch Mitarbeiter(innen) als Nachweis)

C.III.4. Liegen geeignete Einsatz- und Tourenpläne für die Erbringung pflegerischer Leistungen (einschließlich häuslicher Krankenpflege) und hauswirtschaftlicher Versorgung vor? Ja Nein

Aus Einsatz-/ Tourenpläne müssen alle Eintragungen zweifelsfrei nachvollziehbar sein. Sie konkretisieren den Dienstplan und enthalten Aussagen darüber, welche Mitarbeiter(innen) wann (Datum und tageszeitliche Zuordnung) Leistungen erbringen. Einsatz-/ Tourenpläne sollen schriftlich erstellt sein und einen rückwirkenden Soll-/ Ist-Abgleich ermöglichen.

Einsatz-/ Tourenpläne sollen eine größtmögliche Kontinuität der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sicherstellen und, soweit möglich, zeitliche Wünsche der Pflegebedürftigen berücksichtigen.

„Der Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage sein muß, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet zu gewährleisten. /.../“ (vgl. 3.1.1.1 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Mitarbeiter(innen) sollten an der Einsatz-/Tourenplangestaltung beteiligt werden. Die Einsatz- und Tourenpläne sollten für alle Mitarbeiter(innen) einsehbar sein.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Einsatz-/ Tourenpläne

- schriftlich vorliegen,
- das Datum der Gültigkeit tragen,
- eine tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeiter(inne)n zu Pflegebedürftigen ermöglichen,
- ein rückwirkender Soll-/ Ist-Abgleich möglich ist und
- die Unterschrift der für die Planung verantwortlichen Person tragen.

(Anhand der Einsatz- und Tourenpläne der letzten Monate zu überprüfen; vgl. auch Frage D.II.10. und D.II.14.)

C.III.5. Ist die interne Informationsweitergabe geregelt?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie?

„/.../ Zwischen den an der Pflege Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden. Innerhalb des Pflegedienstes finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt.“ (vgl. 3.2.3 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nachweislich bspw. regelmäßige Dienstbesprechungen mit Ergebnisprotokollen und Teilnehmerlisten, professionsübergreifende Teambesprechungen, Rundschreiben, Dienstanweisungen oder Organisationshilfen zur Kommunikation wie „Reiter“ oder „Magnettafeln“ in der Einrichtung zur internen Weitergabe der erforderlichen Informationen, wie etwa über den aktuellen Pflege- und Gesundheitszustand des(der) Pflegebedürftigen oder gewählte Leistungskomplexe, genutzt werden. (vgl. auch Frage B.IV.3.)

Teil D

Auf die pflegebedürftige Person bezogene Angaben

D.I. Pflegerischer und gesundheitlicher Zustand

Für die ausgewählten Pflegebedürftigen ist jeweils ein Erhebungsbogen (Teil D) auszufüllen, dabei muss der(die) Pflegebedürftige oder der Vertreter eine wirksame Einwilligung zur Befragung und Feststellung des Pflegezustandes sowie der Inaugenscheinnahme gegeben haben. „keine Angabe“-Felder sind immer dann vorgesehen, wenn der Erhebungsinhalt der Frage nicht zutrifft oder der(die) Pflegebedürftige bestimmte Angaben nicht macht.

Die Perspektive des(r) Pflegebedürftigen bildet den Schwerpunkt dieses Teils der Prüfung. Die Ergebnisse von persönlichen Gesprächen mit den Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen und Angaben in der individuellen Pflegedokumentation ergänzen im Hinblick auf die Antworten in den Teilen A bis C des Erhebungsbogens den Gesamteindruck der Prüfperson. Sie sind in die Gesamtbewertung der vertraglich oder gesetzlich verankerten Anforderungen an die Leistungserbringung durch die Prüfperson angemessen miteinzubeziehen. Hierbei ist durch die Prüfperson zu bedenken, dass insbesondere im ambulanten Bereich neben den Mitarbeiter(inne)n des Pflegedienstes auch andere Personen an der Pflege, Versorgung und Betreuung des(der) Pflegebedürftigen beteiligt sind oder sein können. Prüfgegenstand sind jedoch immer nur die „qualitätsgebundenen Leistungen“ im Sinne der Pflege-Prüfverordnung, die vom hier ausgewählten Pflegebedürftigen auch tatsächlich in Anspruch genommen werden. (Zu überprüfen anhand des Pflegevertrages nach § 120 SGB XI)

Die Frage D.I.5. ist nicht Gegenstand der Prüfung zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises, es sei denn, der Pflegedienst ist damit einverstanden.

D.I.1. Angaben zum Pflegebedürftigen

D.I.1.1. Vor- und Zuname des(r) Pflegebedürftigen:

D.I.1.2. Geburtsdatum:

D.I.1.3. Pflegekasse/ Krankenkasse:

D.I.1.4. Pflegestufe:

D.I.1.5. Pflegerisch bedeutsame Diagnose(n):

D.I.1.6. Anwesende Person(en):

D.I.1.7. Seit wann nimmt der(die) Pflegebedürftige Leistungen der Pflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung des Pflegedienstes in Anspruch?

D.I.1.8. Sind die Inhalte der wählbaren Leistungskomplexe des SGB XI den zu versorgenden Pflegebedürftigen bekannt?

Wodurch?

D.I.1.9. Besteht ein Pflegevertrag (§ 120 SGB XI)?

Ja Nein

D.I.2. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen vor, soweit diese vom Pflegedienst zu verantworten sind (vgl. Frage B.III.6.)? Ja Nein k.A.

D.I.3. Angaben zum Pflege- und Allgemeinzustand des(r) Pflegebedürftigen

D.I.3.1. Gewicht (laut Pflegedokumentation)?kg

D.I.3.2. Körpergröße (laut Pflegedokumentation)?cm

D.I.3.3. Bewegungsfähigkeit/ Mobilität des(r) Pflegebedürftigen:

	Beschreibung:			
	selbstständig	mit Hilfsmittel	mit personeller Hilfe	unselbstständig
Bewegungsfähigkeit der Extremitäten				
Lageveränderung im Bett				
Aufstehen				
Stehen				
Gehen				

D.I.3.4. Wie ist der Ernährungszustand des(r) Pflegebedürftigen?

	Beschreibung:
gut/ausreichend	
kachektisch	
exsikkotisch	
adipös	
sonstiges	

Unter Berücksichtigung von Körpergröße und Gewicht ist der Ernährungszustand des(r) Pflegebedürftigen zu beschreiben.

D.I.3.5. Wie ist der Hautzustand?

	Beschreibung:
normal	
trocken	
schuppig	
gespannter Hautturgor	
schlaffer Hautturgor	
Ödeme	
Dekubitus	
Ulzerationen	
Hämatome	
sonstiges	

D.I.3.6. Welchen Zustand weist der Mund auf?

	Beschreibung:
Keine Defizite	
Schleimhaut trocken	
Schleimhaut borkige Beläge	
Zunge borkige Beläge	
Schleimhautdefekte	
Lippen trocken	
Lippen borkige Beläge	
Lippen Hautdefekte	
sonstiges	

D.I.3.7. Der(Die) Pflegebedürftige ist versorgt mit:

	Indikation / Bemerkungen z.B. zur Dauer
Magensonde	
PEG	
Inkontinenzprodukten (Vorlagen, Windelhosen)	
Suprapubischem Blasenkatheter	
Transurethralem Blasenkatheter	
Prothesen	
sonstiges	

D.I.4. Ist die vorliegende Pflegedokumentation geeignet den individuellen Zustand des(r) Pflegebedürftigen und die bei ihm(r) vom Pflegedienst erbrachten Leistungen zu erfassen? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn neben ggf. medizinischen Diagnosen/ Krankheitsbild und pflegerisch bedeutsamen Problemen wenigstens Angaben zur Mobilität, zum Ernährungs- und Hautzustand sowie zum Zustand des Mundes, zur Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten sowie zur Orientierung und Kommunikation, wenn pflegerisch bedeutsam, und die vom Pflegedienst erbrachten Leistungen sachgerecht in der Pflegedokumentation erfasst sind. (vgl. auch Fragen zu D.II.)

D.I.5. Sofern die Verträge zu § 132a SGB V in Bezug auf die Arzneimittelversorgung regeln, wer welche Leistungen durchführen bzw. verantworten muss, ist dies entsprechend umgesetzt (vgl. Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation etc.)? Ja Nein k.A.

Mögliche Zusatzfrage:

D.I.6. Ist die Information der Mitarbeiter(innen) über Arztbesuche und vom Arzt verordnete Maßnahmen geregelt? Ja Nein

D.II. Umsetzung der pflegefachlichen Grundlagen

Die Beantwortung mit „keine Angabe“ ist dann zu wählen, wenn die von dem(r) Pflegebedürftigen gewählten Leistungen/ Leistungskomplexe keine differenzierte Planung des Pflegeprozesses erforderlich macht, dies wäre z.B. dann der Fall, wenn der(die) Pflegebedürftige den Leistungskomplex „Beheizen der Wohnung“ (vgl. Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI vom 8.11.1996) wählt.

D.II.1. Wurden alle Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn im Stammbblatt oder an anderer Stelle in der Dokumentation die betreffenden Daten dokumentiert sind. (vgl. auch Frage B.V.1.)

D.II.2. Ist eine Pflegeanamnese durch eine Pflegefachkraft erstellt worden? Ja Nein k.A.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Gesundheitsgeschichte und persönliche Pflegegewohnheiten und die Gesamtbeschreibung der aktuellen Situation (Ist-Zustand) durch eine Pflegefachkraft dokumentiert werden sind.

D.II.3. Enthält die Pflegeanamnese Angaben zur Biografie? Ja Nein k.A.

Bei einer biografischen Informationssammlung geht es um die Erfassung von für die Pflege und Versorgung wichtigen Aspekten der Lebensgeschichte. Es sollten - mit Einwilligung des(r) Pflegebedürftigen (sonst „keine Angabe“) - die wichtigsten Lebenserfahrungen, Kommunikationsarten und typischen Verhaltensweisen zusammengetragen werden. Von besonderer Bedeutung ist die Biografie bei den zu versorgenden Pflegebedürftigen mit dementiellen Erkrankungen. Die biografische Arbeit ist essentieller Bestandteil der Begleitung von Menschen auf einem längeren Lebensweg. Die Vergangenheit ist für das Verstehen des Pflegebedürftigen in der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation von großer Bedeutung. Begebenheiten aus der Vergangenheit können für das heutige Erleben und Verhalten des Pflegebedürftigen Hinweise geben. Die Kenntnis der Vergangenheit und der regionalen Herkunft des Pflegebedürftigen ermöglichen ein besseres Verständnis für individuelle Gewohnheiten, Traditionen und Werte des Pflegebedürftigen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in einem gesonderten Dokumentationsblatt zur Biografie oder an anderer Stelle in der Pflegedokumentation biografische Daten des(r) Pflegebedürftigen - seine Einwilligung vorausgesetzt - dokumentiert sind.

D.II.4. Enthält die Pflegedokumentation differenzierte Aussagen zu Ressourcen/ Fähigkeiten und Problemen/ Defiziten des(r) Pflegebedürftigen? Ja Nein k.A.

Die systematische Durchführung der Pflege nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege ist nur möglich auf der Basis einer Sammlung von Informationen über die Ressourcen/ Fähigkeiten (Selbstpflege- und Selbsthilfefähigkeit) sowie Probleme/ Defizite (eingeschränkte Unabhängigkeit in einer Lebensaktivität).

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn im Detail Ressourcen/ Fähigkeiten und Probleme/ Defizite des(r) Pflegebedürftigen in der Pflegedokumentation dokumentiert sind.

D.II.5. Sind individuelle Pflegeziele formuliert?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unter Pflegezielen wird ein erwartetes, konkret formuliertes Ergebnis verstanden. Nur mit der Definition von Pflegezielen ist ein einheitliches und zielgerichtetes Arbeiten möglich. Funktionen von Pflegezielen sind die Beteiligung des(r) Pflegebedürftigen an der Pflege, die Lenkung der Pflegeinterventionen sowie die Aufstellung von Kriterien zur Beurteilung der Effektivität der Pflege. Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein. Sie werden unterteilt in Fernziele, wie möglichst optimale Lebensqualität, größtmögliche Unabhängigkeit in bestimmten Lebensbereichen, Neuorientierung im Leben, Aufrechterhaltung der familiären Beziehungen und Nahziele, wie Beschreibungen über das angestrebte Verhalten, Handeln, Zustand, Wissen, Können i. S. der Selbstständigkeit oder der Erhaltung vorhandener Fähigkeiten. Pflegeziele sollten sich an den Wünschen der Pflegebedürftigen orientieren. Wichtig ist, dass die Anzahl der definierten Pflegeziele

überschaubar ist. Über die Zieldatierung der Pflegeziele werden die Zielerreichung, die Planungsüberprüfung, Neuformulierung von Problemen und Zielen erkennbar.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Pflegeziele in der Pflegedokumentation formuliert sind und nach Einschätzung der Prüfperson im inhaltlichen Zusammenhang mit den festgestellten Ressourcen und Defiziten stehen.

D.II.6. Sind auf der Grundlage der Probleme, Fähigkeiten und Ressourcen individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“ (§ 11 Abs. 1 SGB XI) Diese gesetzliche Verpflichtung für Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI ist bei der Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung durch mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen.

Die aktivierende Pflege soll dem(r) Pflegebedürftigen helfen, trotz eines Hilfebedarfs eine möglichst weitgehende Selbstständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben,

- vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass sich gerontopsychiatrisch veränderte Menschen in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Im Zusammenhang mit der Aktivierung von Pflegebedürftigen sind insbesondere die Maßnahmen und Verfahren der Pflegeeinrichtung zur

- Mobilisierung,
 - Umgang mit Hilfsmitteln,
 - Wohnumfeldberatung sowie
 - Einbeziehung der Angehörigen
- zu prüfen.*

Die geplanten individuellen Pflegemaßnahmen müssen auf der Basis der in der Pflegeanamnese ermittelten Probleme, Fähigkeiten und Ressourcen der Erreichung der aufgestellten Pflegeziele dienen. Die geplanten Pflegemaßnahmen müssen handlungsleitend formuliert sein, um eine kontinuierliche und individuelle Versorgung des(r) Pflegebedürftigen durch alle Mitarbeiter(innen) zu gewährleisten. Das heißt, sie sollten Aussagen darüber enthalten, wann, wie oft, welche Maßnahmen mit welchen Mitteln durchgeführt werden. Dabei kommt der Zielsetzung der aktivierenden Pflege besondere Bedeutung zu.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn im Rahmen der Pflegedokumentation bezogen auf die Besonderheiten des Einzelfalles nachvollziehbar Stellung zu nachfolgenden Bereichen genommen wird: „/.../

- der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengelassen sind,
- der Pflege verbaler und nonverbaler Kommunikation und Verbesserung soweit möglich,
- der Unterstützung räumlicher, zeitlicher und situativer Orientierung,
- dem Abbau von Ängsten,
- der Überwindung von Antriebsschwächen bzw. dem Auffangen überschießender Reaktionen,
- der Berücksichtigung der angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen,
- der Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen.“

(vgl. 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

D.II.7. Werden bei der individuellen Pflegeprozessplanung prophylaktische Maßnahmen berücksichtigt?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Die Hilfen bei den Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und Mobilität dienen zugleich dem Ziel der Vorbeugung von Sekundärerkrankungen.“ (vgl. § 1 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI ambulante Pflege)

Zu den gesundheitsfördernden und -erhaltenden Aufgaben der Pflegekräfte gehört als selbstverständlicher Bestandteil der Hilfen bei den o.g. Verrichtungen die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und Begleiterkrankungen. Grundsätze prophylaktischer Pflege, die dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, sind in die individuelle Pflegeprozessplanung einzubeziehen.

Die Frage ist - unabhängig davon, wer die Kosten für die prophylaktischen Maßnahmen trägt, - mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus Sicht der Prüfperson notwendige prophylaktische Maßnahmen bei der individuellen Pflegeprozessplanung ausreichend berücksichtigt werden.

D.II.8. Wird bei der individuellen Pflegeprozessplanung die hauswirtschaftliche Versorgung berücksichtigt und ist dies anhand der Pflegedokumentation nachzuvollziehen?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Der Pflegedienst fertigt aufgrund der durch den Erstbesuch gewonnenen Erkenntnisse eine Pflegeplanung. Dabei ist die Aufteilung der Leistungserbringung auf die an der Pflege Beteiligten aufzuführen./.../“ (vgl. 3.2.2.2 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

D.II.9. Sind die angewandten Pflegeleitlinien/ Standards/ Richtlinien der individuellen Situation des(r) Pflegebedürftigen angepasst?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung von Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden der Qualitätssicherung sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor. /.../ Der Träger des Pflegedienstes ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. /.../ Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert.“ (vgl. 1.3.2.1, 1.3.2.2 und 4.1 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Sofern der(die) Pflegebedürftige das pflegerische Leistungsangebot des Pflegedienstes in Anspruch nimmt, ist die Frage mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass die angewandten Pflegeleitlinien/ Standards/ Richtlinien der individuellen Situation des(r) Pflegebedürftigen angepasst worden sind.

D.II.10. Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeiter(inne)n mit Handzeichen bestätigt? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn alle geplanten Pflegemaßnahmen (einschließlich verordneter häuslicher Krankenpflege) oder Maßnahmen zur hauswirtschaftlichen Versorgung zeitnah und nachvollziehbar nach Durchführung mit Handzeichen gegengezeichnet sowie Datum und tageszeitliche Zuordnung erkennbar sind. (Zu prüfen anhand eines Abgleiches des Einsatz-/ Tourenplanes mit der Pflegedokumentation; vgl. Frage C.III.4.)

D.II.11. Werden Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft, definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst und im Pflegebericht dokumentiert? Ja Nein k.A.

„Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele regelmäßig zu überprüfen. /.../ Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten. /.../“ (vgl. 3.3.1 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Ergebnisse der Pflegemaßnahmen müssen regelmäßig im Pflegebericht dokumentiert und überprüft werden. Maßstab für die Überprüfung sind die vorab definierten Pflegeziele. Der Zeitabstand der Überprüfung der Pflegeergebnisse kann abhängig von den Pflegezielen oder in festgelegten Zeitabständen erfolgen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass Pflegeergebnisse regelmäßig durch die verantwortliche Pflegefachkraft überprüft und Pflegeziele und Pflegemaßnahmen angepasst werden.

D.II.12. Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter(innen) des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? Ja Nein k.A.

Bei pflegerelevanten Veränderungen in der Situation des(r) Pflegebedürftigen (z.B. Gesundheitsverschlechterung, Zustand nach durchgeführter Rehabilitation, aktuellen Ereignissen wie Stürze, physische oder psychische Befindlichkeiten wie Schmerzen, Freude und Angst) muss eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflegeziele und der Pflegemaßnahmen immer erfolgen.

„/.../ Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.“ (§ 120 Abs. 1 SGB XI)

„/.../ Soweit sich die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln und der Anpassung des Wohnraumes ergibt, informiert der Pflegedienst hierüber die Pflegekasse, die das Weitere veranlaßt.“ (vgl. 3.2.2.1 Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass

- *bei pflegerelevanten Veränderungen in der Situation des(r) Pflegebedürftigen (z.B. bei Stürzen oder akuten gesundheitlichen Veränderungen des(r) Pflegebedürftigen) der Pflegebericht wenigstens die aktuelle Befindlichkeit widerspiegelt und Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zeitnah überprüft und angepasst werden sowie*
- *ggf. entsprechende Mitteilungen an die Pflegekassen vorgesehen oder bereits erfolgt sind.*

D.II.13. Ist vom Pflegedienst dokumentiert, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegedienst, den Pflegebedürftigen, Angehörige, oder andere Pflegepersonen erbracht werden können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

„/.../ Der Pflegedienst stellt fest, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen ist Rechnung zu tragen. /.../.“ (vgl. 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Bei der Beantwortung der Frage ist zu berücksichtigen, dass der(die) Pflegebedürftige in eigener Verantwortung sein beim Pflegedienst abgerufenes Leistungspaket zusammenstellt und hiermit natürlich der sachgerechten Durchführung der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung andere Grenzen gesetzt sind als im stationären Bereich.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, wer welche Leistungen erbringt bzw. erbringen will.

D.II.14. Ist nach Abgleich des Einsatz- und Tourenplanes mit der Pflegedokumentation in Verbindung mit der Handzeichenliste eine personelle Kontinuität ersichtlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Maßstab für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Leistungserbringung durch den Pflegedienst ist u.a., dass diese von einem überschaubaren Kreis von Mitarbeiter(inne)n versorgt werden. Nur so kann es gelingen, eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern zu schaffen (vgl. sinngemäß Abschnitt 1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

„Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen von möglichst wenigen Personen betreut werden. Die Einsatzorganisation von Pflegekräften wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Diese hat dafür Sorge zu tragen, daß die Pflegeeinsätze zeitlich nach den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen festgelegt werden und einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen.“ (3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn anhand der Einsatz-/ Tourenpläne in Verbindung mit der Pflegedokumentation eine Kontinuität in der Leistungserbringung erkennbar ist.

Bei der Beantwortung der Frage ist zu berücksichtigen, ob (auch vor dem Hintergrund der organisatorischen Möglichkeiten des Pflegedienstes) den angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen nach einem überschaubaren „Pflegeteam“ Rechnung getragen worden ist.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn anhand der Einsatz-/ Tourenpläne und der Pflegedokumentation, insbesondere des Durchführungsnachweises, eine Kontinuität der pflegerischen Versorgung erkennbar ist. (vgl. Frage C.III.4. und D.II.10.)

D.III. Befragung des(der) Pflegebedürftigen

Sofern der(die) von der Prüfperson ausgewählte Pflegebedürftige dies wünscht, sind weitere Personen, wie Angehörige oder Mitarbeiter(innen) des Pflegedienstes, zum Gespräch hinzuzuziehen. Maßgeblich sind die Aussagen des(r) Pflegebedürftigen, wobei generell zu berücksichtigen ist, dass bei der Befragung nur die vom dem(r) Pflegebedürftigen beim Pflegedienst abgerufenen Leistungen im Vordergrund zu stehen haben. Generell geht es in der Prüfung durch die Prüfperson um die „qualitätsgebundenen Leistungen“ im Sinne der PflegePrüfV. Die Angaben des(r) Pflegebedürftigen sind mit den in Teil A bis D.II. gemachten Angaben zu vergleichen, bei einem Widerspruch bspw. zum Durchführungs-/ Leistungsnachweis in der Pflegedokumentation ist zur Klärung ggf. der Pflegevertrag mit heranzuziehen.

D.III.1. Wurden Ihre Wünsche und Erwartungen zur Leistungserbringung erfragt (z.B. beim Erstgespräch bzw. der Anamneseerhebung)? Ja Nein k.A.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder seiner(ihrer) Angehörigen die Wünsche und Erwartungen zur Leistungserbringung, zum Beispiel bezüglich der Lebensgewohnheiten, des Lebensstils, des gewohnten Umgangs mit der eigenen Körperpflege, der Vorlieben etc., beim Erstgespräch bzw. der Anamneseerhebung erfragt wurden.

D.III.2. Wurden Ihre Wünsche und Erwartungen zur Leistungserbringung im weiteren berücksichtigt? Ja Nein k.A.

Wenn ja, wie?

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder seiner (ihrer) Angehörigen die Wünsche und Erwartungen bei der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung überwiegend berücksichtigt worden sind bzw. werden.

D.III.3. Wurden Sie durch die Pflegeeinrichtung vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie selbst übernehmen müssen? Ja Nein

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder seiner (ihrer) Angehörigen diese vor Leistungsbeginn ausreichend darüber informiert wurden, welche Kosten sie unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung selbst übernehmen müssen. (vgl. Frage B.III.9)

D.III.4. Werden die mit dem Pflegedienst vereinbarten Leistungen erbracht? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die vereinbarten Leistungen nach Angabe des(r) Pflegebedürftigen und/oder seiner (ihrer) Angehörigen immer durchgeführt wurden.

D.III.5. Kennen Sie die Inhalte und Entgelte der wählbaren Leistungskomplexe? Ja Nein

D.III.6. Sind mit dem Pflegedienst feste Einsatzzeiten vereinbart? Ja Nein

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder seiner (ihrer) Angehörigen vor Leistungsbeginn feste Einsatzzeiten vereinbart wurden.

D.III.7. Wurden Ihre Wünsche bei diesen Zeitvereinbarun- Ja Nein
gen berücksichtigt?

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder seiner (ihrer) Angehörigen deren Wünsche bei der Zeitvereinbarung berücksichtigt wurden.

D.III.8. Werden diese vereinbarten Zeiten in der Regel ein- Ja Nein
gehalten?

„/.../ Die Einsatzorganisation von Pflegekräften wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Diese hat dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegeeinsätze zeitlich nach den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen festgelegt werden und einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen.“ (vgl. 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder seiner (ihrer) Angehörigen die vereinbarten Zeiten eingehalten wurden.

D.III.9. Ist der Pflegedienst täglich rund-um-die-Uhr, auch Ja Nein
nachts, für Sie erreichbar?

„Der Pflegedienst erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschl. an Sonn- und Feiertagen. Der Pflegedienst muss über eigene Geschäftsräume verfügen und ständig erreichbar sein./.../“ (3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege), dies sind z. B. Rufbereitschaft, Anrufweilerschaltung, Mobiltelefon, Kooperationsvereinbarungen; der ausschließliche Einsatz eines Anrufbeantworters reicht nicht aus.

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder der Angehörigen der Pflegedienst täglich, einschließlich an Sonn- und Feiertagen, Rund-um-die-Uhr erreichbar ist und der(die) Pflegebedürftige oder der(die) Angehörige(n) die Rufnummer des Pflegedienstes oder des Kooperationspartners kennt.

D.III.10. Kennen Sie die Mitarbeiter(innen), die Sie versor- Ja Nein
gen und pflegen?

Maßstab für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Leistungserbringung durch den Pflegedienst ist u.a., dass diese von einem überschaubaren Kreis von Mitarbeiter(inne)n versorgt werden.

„Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen von möglichst wenigen Personen betreut werden. /.../.“ (vgl. 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ambulante Pflege)

D.III.11. Werden Sie so von den Mitarbeiter(inne)n ange- Ja Nein
sprochen, wie Sie es wünschen?

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder der Angehörigen der Umgangston (und das Verhalten) der Mitarbeiter(innen) des Pflegedienstes nicht zu beanstanden ist.

D.III.12. Haben Sie den Eindruck, dass alle Mitarbei- Ja Nein
ter(innen), die zu Ihnen kommen, über Ihre aktuelle
persönliche Pflegesituation gut informiert sind?

D.III.13. Wird die Körperpflege Ihren individuellen Wünschen entsprechend erbracht? Ja Nein k.A.

Die Frage bezieht sich darauf, ob individuelle Vorlieben, Rituale, Gewohnheiten und die Intimsphäre bei der Leistungserbringung berücksichtigt werden, die Uhrzeiten, zu denen die Leistungen im Bereich der Körperpflege erbracht werden, den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entsprechen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn sich der Pflegebedürftige zufrieden äußert.

D.III.14. Lässt sich die Pflegekraft genügend Zeit bei der Körperpflege? Ja Nein k.A.

D.III.15. Werden Sie von den Mitarbeiter(inne)n des Pflegedienstes unterstützt oder motiviert, sich teilweise oder ganz selber anzuziehen? Ja Nein k.A.

D.III.16. Nimmt sich die Pflegekraft ausreichend Zeit zur mundgerechten Zubereitung der Nahrung oder der Nahrungsaufnahme? Ja Nein k.A.

D.III.17. Lässt sich die Pflegekraft genügend Zeit bei der Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen? Ja Nein k.A.

D.III.18. Wird Ihre Wohnung - wie vereinbart - gereinigt? Ja Nein k.A.

D.III.19. Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven verändert? Ja Nein

Wenn ja, weshalb haben Sie sich beschwert?

D.III.20. Sind Sie insgesamt zufrieden? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

VI. Erhebungsbogen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und von Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen

Teil A

Stammdaten Angaben zur Qualitätsprüfung

A.I. Allgemeine Angaben zur Einrichtung
--

A.I.1. Name und Adresse der Einrichtung:

A.I.2. Träger/ Inhaber(in) der Einrichtung:

A.I.3. ggf. Verband:

A.I.4. Trägerart:

- privat
- öffentlich
- freigemeinnützig

A.I.5. Heimleitung mit Angabe der Qualifikation:

A.I.6. Verantwortliche Pflegefachkraft:

A.I.7. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft:

A.I.8. Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung:

A.II. Angaben zur Durchführung der Qualitätsprüfung

A.II.1. Datum und Uhrzeit der Prüfung:

A.II.2. Prüfende(r) Gutachter(innen):

A.II.3. Vertreter(in) der Einrichtung:

A.II.4. Sonstige an der Prüfung teilnehmende Personen

(wie z.B. Verbandsvertreter(in), Sachbearbeiter(in) der Kranken- und Pflegekassen, Mitarbeiter(in) anderer Behörden, sonstige Sachverständige):

A.II.5. Prüfart:

A.II.5.1. **Prüfung durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen zur Erteilung des Leistungs- und Qualitätsnachweises**

A.II.5.2. Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

- Einzelprüfung
 - angemeldet
 - unangemeldet
- Stichprobenprüfung
- Vergleichende Qualitätsprüfung

A.II.6. Welche Unterlagen werden in die Prüfung einbezogen?

Die Prüfperson sollte hier die von der Pflegeeinrichtung in der Regel im Original zur Einsicht oder in Kopie zur Verfügung gestellten Unterlagen aufzählen.

A.II.7. Wurde in den letzten 24 Monaten eine Prüfung durchgeführt? Ja Nein

Durch wen?

- MDK
- unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen i.S. der PflegePrüfV
- Heimaufsicht
- Gesundheitsamt
- Sonstige Stellen, welche?

Diese Frage soll dazu genutzt werden, zu erfahren, ob und wann andere Institutionen die Pflegeeinrichtung zu Prüfzwecken besucht haben.

Teil B

Einrichtungsbezogene Angaben

B.I. Art der Einrichtung und Versorgungssituation

B.I.1. Platzangebot der Einrichtung

	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht
vorgehaltene Plätze				
belegte Plätze				
Belegung nach Pflegestufen				
I				
II				
III				
Härtefall				
noch nicht eingestuft				
sog. Stufe 0				
vorgehaltene Plätze nach Organisationsform				
angegliedert				
eingestreut				
solitär				

Diese Tabelle ermöglicht eine Übersicht über die aktuelle Versorgungssituation der Pflegeeinrichtung am Prüftag. Anzugeben ist jeweils die Gesamtzahl aller versorgten Personen (SGB XI, sonstige Kostenträger, Selbstzahler). Die Prüfung bezieht sich auf die nach dem Versorgungsvertrag jeweils zugelassene Pflegeeinrichtung. Es ist aber zu beachten, dass teilstationäre Pflegeeinrichtungen oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowohl als Solitäreinrichtung bestehen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein können. Daher wird zur besseren Abbildung der tatsächlichen Versorgungssituation - unabhängig von der rechtlichen Abgrenzung nach dem Versorgungsvertrag - auch nach angegliederten und eingestreuten Plätzen differenziert.

Die jeweiligen Daten sind geeigneten Unterlagen der Einrichtung, wie z.B. dem Versorgungsvertrag/ Strukturhebungsbogen oder den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI (erst ab deren erstmaligem Abschluss), zu entnehmen und durch aktuelle Unterlagen oder Befragungen zu erheben. Generell geht es bei dieser und der nächsten Tabelle um die Erhebung von grundlegenden Informationen, die für die Prüfperson zur späteren Bewertung der „qualitätsgebundenen Leistungen“ im Sinne der Pflege-Prüfverordnung (PflegePrüfV) erforderlich sind.

B.I.2. Struktur der Wohn- und Pflegebereiche

Wohn-/ Pflegebereich	Wohn-/ Pflegebereich liegt auf		Anzahl Zimmer mit ... Wohnplätzen			Anzahl Pflegebedürftige
	einer Ebene	mehreren Ebenen	1	2	≥ 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Diese Tabelle soll eine Übersicht über die Struktur der einzelnen Wohn- und Pflegebereiche der Pflegeeinrichtung ermöglichen.

B.I.3. Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart? Ja Nein

Wenn ja, welcher?

„(1) /.../ In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“ (§ 72 SGB XI)

„(2) In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:

1. die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,
2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie
3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter. /.../“ (§ 80a SGB XI)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn einer oder mehrere Schwerpunkte bspw. im Versorgungsvertrag oder der LQV definiert sind, wobei pflegfachliche Schwerpunkte, z.B. Pflege aidskranker Patienten, pädiatrische Pflege, Pflege von Patienten im Wachkoma, sein können.

Für einen pflegfachlichen Schwerpunkt spricht auch, wenn die Schwerpunkte im Konzept der Einrichtung benannt sind oder Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (durch Fort- und/oder Weiterbildung erworben) beschäftigt sind.

B.I.4.	Wird die Zusammenarbeit mit anderen an der Pflege und Versorgung Beteiligten angestrebt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, wie und mit wem?

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fördert den Kontakt des Bewohners zu den ihm nahestehenden Personen. Im Rahmen einer ganzheitlichen Pflege und Versorgung soll die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Vernetzung mit weiteren Institutionen zusammenarbeiten. Hierzu zählen insbesondere

- die Sozialleistungsträger,
- der MDK,
- der behandelnde Arzt,
- ambulante Pflegedienste, teilstationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen,
- Krankenhäuser und
- Leistungserbringer im Rahmen ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fördert die soziale Integration des Bewohners in das örtliche Gemeinwesen. Sie unterstützt den Bewohner bei Bedarf bei der Inanspruchnahme ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen auch außerhalb der Pflegeeinrichtung.“ (vgl. 3.2.6 und 3.2.7 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„/.../ Im Rahmen einer qualitativen Pflege hat die Pflegeeinrichtung mit weiteren Institutionen zusammenzuarbeiten. Hierzu zählen insbesondere:

- der behandelnde Arzt,
- andere ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Krankenhäuser und
- Leistungserbringer im Rahmen ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen./.../.“

(vgl. 3.2.6 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Hier ist auch zu berücksichtigen, ob regelmäßige Kontakte mit Seelsorgern/ Geistlichen bestehen.

(Die Beantwortung der Frage steht in engem Zusammenhang mit Frage B.I.5.; B.III.14.; B.VI.5.; B.VI.6.)

B.I.5.	Bestehen Kooperationsvereinbarungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, welche?

„Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Die Kooperation kann auch der Ergänzung/ Erweiterung des Leistungsangebotes der Pflegeeinrichtung dienen, insbesondere zur Rehabilitation. Soweit eine Pflegeeinrichtung die Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und die Qualität der Leistungen bei der zugelassenen Pflegeeinrichtung bestehen.“ (3.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Soweit eine Pflegeeinrichtung die Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und die Qualität der Leistungen bei der zugelassenen Pflegeeinrichtung bestehen. Die Kooperation kann auch der Ergänzung/ Erweiterung des Leistungsangebotes der Pflegeeinrichtung dienen, insbesondere zur Rehabilitation.“ (3.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

„Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei der auftraggebenden Pflegeeinrichtung bestehen.“ (3.1.6 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

B.II. Grundlagen der pflegerischen Versorgung

B.II.1. Gibt es generelle Aussagen zur pflegerischen Versorgung (z.B. in Leitbildern, Konzeptionen)? Ja Nein

Das (Unternehmens-)Leitbild des Trägers bildet die Grundlage für das Einrichtungskonzept. In der Fachliteratur wird statt von Leitbild auch von Trägerphilosophie oder grundsätzlichen Zielen gesprochen. Das Pflegeleitbild hingegen drückt mit positiven und prägnanten Aussagen Zielvorstellungen und Haltungen gezielt für die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen aus.

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt ihre Leistungen schriftlich dar. Diese Information hat insbesondere Angaben zu enthalten über:

- *das vorgehaltene Leistungsangebot /.../*
- *das Pflegekonzept /.../*
- *Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.“*

(vgl. 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die Pflegeeinrichtung stellt ihre Leistungen schriftlich dar. Diese Information kann Angaben enthalten über:

- *das vorgehaltene Leistungsangebot im Bereich der Tages- und Nachtpflege,*
- *die Form und Durchführung der Leistungserbringung auch hinsichtlich Maßnahmen aktivierender Pflege,*
- *das Pflegekonzept, /.../*
- *Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen /.../.“*

(vgl. 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn generelle Grundsätze oder Leitsätze zur pflegerischen Versorgung, z.B. im Rahmen eines Pflegeleitbildes, nachvollziehbar vorliegen, und den Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)

B.II.2. Liegen der pflegerischen Versorgung konzeptionelle Vorgaben zugrunde, z.B. ein Pflegekonzept? Ja Nein

Die Erarbeitung und Anwendung eines Pflegekonzeptes entspricht dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (vgl. § 11 Abs. 1 SGB XI). Das mit dem Einrichtungsleitbild abgestimmte Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter(innen), die am Pflege- und Versorgungsprozess beteiligt sind. In erster Linie präzisiert es Zielsetzungen und regelt Organisation und Arbeitsweise des Pflegebereiches und der in der Pflege und Versorgung tätigen Mitarbeiter(innen).

„(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“ (§ 11 SGB XI)

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verfügt über eine dem allgemeinen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Pflegekonzeption, die auf die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens und die individuelle Situation des Bewohners aufbaut.“ (3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- *für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ein Pflegekonzept schriftlich vorliegt,*
- *teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege erkennbar konzeptionelle Vorgaben zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung i.S. von § 11 Abs. 1 SGB XI nutzen und*
- *die jeweiligen Konzepte den Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)*

B.II.3. Ist für die pflegerische Versorgung das Arbeiten nach Leitlinien/ Standards/ Richtlinien vorgesehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Leitlinien ermöglichen es, auf übergeordneter Ebene allgemeine Aussagen und Regelungen zu treffen.

Standards bestimmen nach einer Definition der WHO ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht. Kriterien bilden die messbaren Elemente der Standards. Messbarkeit ist eine der wichtigsten Anforderungen an Standards. Die in Standards formulierten Ansprüche an die Leistungsplanung und -erbringung sollten für alle Beteiligten transparent und verbindlich sein.

Auf der praktischen Ebene legen Standards beispielsweise fest:

- wie eine Verrichtung durchgeführt werden soll,
- welche Schwerpunkte gesetzt werden,
- wie ständig wiederkehrende Arbeitsabläufe gehandhabt werden sollen und
- wer zuständig und verantwortlich ist.

Eine Pflegeleitlinie ist eine konkrete Handlungsanweisung (Tätigkeits-, Verfahrens- oder Ablaufbeschreibung), in der die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung kleinschrittig beschrieben wird.

Pflegeleitlinien/ Standards/ Richtlinien sollten den individuellen Bedingungen der Einrichtung angepasst sein. Von größter Bedeutung ist der Prozess der Einführung und Umsetzung.

„Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale. Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung der Leistungen anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor. /.../ Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er veranlaßt die Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung. /.../ Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung können sein: /.../ die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung.“ (vgl. 1.3.2 und 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale. Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung der Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor. /.../ Der Träger ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. /.../ Qualitätssicherungsmaßnahmen können sein: /.../ die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards.“ (vgl. 1.3.2, 3.2.1, 1.3.2.2 und 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das innerbetriebliche Arbeiten im Bereich der Pflege und Versorgung nach Leitlinien/ Standards/ Richtlinien vorgesehen ist, diese dokumentiert und den Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung nachvollziehbar bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)

B.III. Aufbau- und Ablauforganisation - Pflege und Versorgung

B.III.1. Wird mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (stationär: vor der Aufnahme in die Einrichtung) ein Beratungsgespräch geführt? Ja Nein

„Der Umzug in die Einrichtung wird mit dem zukünftigen Bewohner und seinen Angehörigen vorbereitet. Hierzu soll ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus durchgeführt werden. Dabei sind unter anderem der Hilfebedarf, die gewünschten bzw. notwendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten des zukünftigen Bewohners zu besprechen. /.../ Für jeden Bewohner ist eine individuelle Pflegeplanung unter Einbezug der Informationen des Bewohners, der Angehörigen oder anderer an der Pflege Beteiligten durchzuführen. Die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach § 18 Abs. 5 SGB XI werden berücksichtigt. /.../“ (vgl. 3.2.2.2 und 3.2.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die Pflegeeinrichtung führt ein/e Aufnahmegespräch/ Anamnese durch. Soweit der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlene Pflegeplan vorliegt, ist dieser heranzuziehen. Dabei sind im Rahmen der Pflege die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozeß herauszuarbeiten. Der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen./.../“ (vgl. 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ein Beratungsgespräch erkennbar geführt worden ist.

B.III.2. Gibt es Hilfestellungen, die das Einleben eines(r) Pflegebedürftigen erleichtern, z.B. ein Einzugskonzept? Ja Nein k.A.

„Der Umzug in die Einrichtung wird mit dem zukünftigen Bewohner und seinen Angehörigen vorbereitet. Hierzu soll ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus durchgeführt werden. Dabei sind unter anderem der Hilfebedarf, die gewünschten bzw. notwendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten des zukünftigen Bewohners zu besprechen. Über die Mitnahme persönlicher Dinge wird der Bewohner beraten.“ (3.2.2.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn vollstationäre Einrichtungen sachgerechte Hilfestellungen anbieten.

B.III.3. Wird bei der Ausstattung und Gestaltung der Räumlichkeiten den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen Rechnung getragen? Ja Nein

„/.../ Die Pflege und Versorgung wird bedarfsgerecht und flexibel an Veränderungen der Pflegesituation angepaßt. Dabei soll ein Zimmerwechsel möglichst vermieden werden. /.../ Dem Wunsch des Bewohners nach Wohnen in einem Einzel- oder Doppelzimmer soll Rechnung getragen werden. Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben. Die Wohnräume der Bewohner sind so zu gestalten, dass sie den angemessenen individuellen Wünschen und Bedürfnissen nach Privatheit und Wohnlichkeit entsprechen. Die Aufstellung eigener Möbel und die Mitnahme persönlicher Dinge, insbesondere eigener Wäsche ist möglich. /.../“ (vgl. 1.1 und 3.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege müssen folgende Voraussetzungen erfüllen: /.../
- alten- und behindertengerechte Ausstattung,
- ein angemessenes Raumangebot einschließlich Ruhe- und Gemeinschaftsräumen, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können /.../“

Ruheräume sind so zu gestalten, daß die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden. Die Unterbringung in der Nachtpflege ist in Ein- bzw. Zweibettzimmern anzustreben.“
(vgl. 3.1.2.1 und 3.1.2.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Die Räume, die dem Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, sind so zu gestalten, daß die individuellen Bedürfnisse, die pflegerischen Erfordernisse und die Anforderungen an eine wohnliche Umgebung des Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden. Der kurzzeitigen Aufnahme und einem wechselnden Personenkreis ist dabei Rechnung zu tragen. Die Aufnahme in Ein- bzw. Zweibettzimmern ist anzustreben.“
(3.1.2.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Ausstattung und Gestaltung der Räumlichkeiten, insbesondere der Wohnräume, die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen nach Privatheit und Wohnlichkeit erkennbar berücksichtigen. (vgl. auch Frage B.IX.10; und D.IV.2.)

B.III.4. Gibt es für Pflegebedürftige, ggf. die Angehörigen, Möglichkeiten zur einfachen Kontaktaufnahme zur Heimleitung/ Pflegedienstleitung? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn durch nachvollziehbare Regelungen den Pflegebedürftigen, ggf. den Angehörigen, jederzeit eine einfache Kontaktaufnahme möglich ist.

B.III.5. Werden die Angehörigen, wenn der(die) Pflegebedürftige dies wünscht, in die Pflege und Versorgung „einbezogen“? Ja Nein

„/.../ Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege und Versorgung Beteiligten und dem Bewohner, auf seinen Wunsch unter Beteiligung der ihm nahestehenden Personen, zu erörtern und zu dokumentieren.“ (vgl. 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„/.../ Der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen /.../ Soweit die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln festgestellt wird, informiert die Pflegeeinrichtung mit Zustimmung des Pflegebedürftigen hierüber die Angehörigen und/oder die Pflegekasse. /.../ Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige von der Pflegeeinrichtung beraten. /.../ Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.“ (vgl. 3.2.2.1; 3.2.5 und 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

B.III.6. Ist die notwendige tägliche Hin- und Rückfahrt der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung sichergestellt? Ja Nein k.A.

„Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebotes auch die notwendige und angemessene Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück sicherzustellen, soweit sie nicht von Angehörigen durchgeführt werden kann.“ (3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege) Weitere Anforderungen ergeben sich aus den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI teilstationäre Pflege.

Beim Fahrdienst handelt es sich um den Transfer des Pflegebedürftigen zwischen Wohnort und Einrichtung in Dienstfahrzeugen oder durch einen vertraglich festgelegten Fahrdienst.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die teilstationäre Einrichtung nachweisen kann, dass sie bei Bedarf den notwendigen Transfer der Pflegebedürftigen zwischen Wohnung und Einrichtung, wie in den Landesrahmenverträgen vereinbart, sicherstellt. „keine Angabe“ ist für vollstationäre Einrichtungen/ Einrichtungen der Kurzzeitpflege anzugeben, für die diese Vereinbarungen nicht gelten.

B.III.7. Ist nachts die gesetzlich vorgeschriebene und mit den Kostenträgern oder deren Verbänden vereinbarte Pflege und Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt? Ja Nein

„(4) Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; /.../.“ (§ 72 SGB XI)

„(4) Der Träger des Pflegeheims ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Belegungs- oder Leistungsstrukturen des Pflegeheims kann jede Vereinbarungspartei eine Neuverhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangen.“ (§ 80a SGB XI)

„Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung in der Tagespflege an mindestens 5 Tagen in der Woche jeweils mindestens 6 Stunden und in der Nachtpflege jeweils mindestens 12 Stunden täglich zu gewährleisten. Die von der Pflegeeinrichtung angebotene teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.“ (vgl. 3.1.1.2 und 3.1.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen. Die von der Pflegeeinrichtung angebotene Kurzzeitpflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. /.../.“ (vgl. 3.1.1.2 und 3.1.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ersichtlich ist, dass die gesetzlichen Vorgaben und die Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden eingehalten sind. (vgl. Frage C.I.2.; C.III.6; C.III.7 und D.II.10.)

B.III.8. Ist während der Woche und am Wochenende im Tagdienst die gesetzlich vorgeschriebene und mit den Kostenträgern oder deren Verbänden vereinbarte Pflege und Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt? Ja Nein

„(4) Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; /.../.“ (§ 72 SGB XI)

„(4) Der Träger des Pflegeheims ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Belegungs- oder Leistungsstrukturen des Pflegeheims kann jede Vereinbarungspartei eine Neuverhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangen.“ (§ 80a SGB XI)

„Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen innerhalb der im Versorgungsvertrag festgelegten Öffnungszeiten. Dabei ist die Pflege und Versorgung in der Tagespflege an mindestens 5 Tagen in der Woche jeweils mindestens 6 Stunden und in der Nachtpflege jeweils mindestens 12 Stunden täglich zu gewährleisten. /.../ Die von der Pflegeeinrichtung angebotene teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. /.../.“ (vgl. 3.1.1.2 und 3.1.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen. Die von der Pflegeeinrichtung angebotene Kurzzeitpflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. /.../“ (vgl. 3.1.1.2 und 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ersichtlich ist, dass die gesetzlichen Vorgaben und die Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden eingehalten sind. (vgl. Frage C.I.2.; C.III.6; C.III.7 und D.II.11.)

B.III.9. Ist sichergestellt, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen angewandt werden? Ja Nein k.A.

In engen Grenzen können freiheitsbeschränkende Maßnahmen zulässig sein. Dies gilt für den Fall der Einwilligung durch den Betroffenen, dem Vorliegen der Voraussetzungen des § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) oder einer richterlichen Genehmigung oder beschlossenen Unterbringung. Fixierungen u. ä. Maßnahmen sind schriftlich zu dokumentieren (Anlass, Anordnung, Dauer), damit sich Arzt, Aufsichtsbehörde bzw. das Gericht von der Erforderlichkeit der Maßnahmen unter Beschränkung auf Notfallsituationen überzeugen können. Für die Dauer der Maßnahme ist der Pflegebedürftige besonders zu betreuen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Pflegeeinrichtung für freiheitsbeschränkende Maßnahmen, zumindest durch entsprechende Eintragungen in der Pflegedokumentation, nachweisen kann, dass Fixierungen nur bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen erfolgen. (vgl. Frage D.I.2.2.)

B.III.10. Werden in der Einrichtung geregelte Verfahrenswesen wenigstens zu folgenden Bereichen vorgehalten? Ja Nein

- Umgang mit Arzneimitteln/ Medizinprodukten (z.B. hinsichtlich Anwendung, Lagerung, Prüfung des Verfallsdatums; Wartung/Instandhaltung, Desinfektion)**
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen**
- Hygiene (z.B. Umsetzung von HACCP-Konzepten in der Küche; Schutz vor Infektionen oder deren Übertragung; Reinigungsservice im Wohnbereich, Pflege des Gemeinschaftsbereiches; Umgang mit Wäsche der Pflegebedürftigen)**
- Notfallsituationen, Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen, Soziale Krisenintervention**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn wenigstens - neben den Regelungen im Bereich der Pflege und Unterkunft und Verpflegung (vgl. Fragen B.II.3; B.IX.2; C.III.8.) - für die genannten Bereiche innerbetriebliche Regelungen getroffen wurden und diese den Mitarbeiter(inne)n bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen) Sofern Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden oder deren Verbänden hierzu Regelungen treffen, sind diese bei der Beantwortung zu berücksichtigen.

B.III.11. Stehen den Mitarbeiter(inne)n ausreichend Arbeitshilfen zur Verfügung? Ja Nein

„Die Pflegeeinrichtung hat ihren Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten.“

(§ 22 Rahmenvertragsempfehlungen vollstationäre Pflege; § 21 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI teilstationäre und Kurzzeitpflege) Es ist bei den Pflegebedürftigen, die in die Ergebnisprüfung einbezogen werden, zu prüfen, ob den Pflegekräften die erforderlichen Arbeitshilfen - unabhängig von der Kostenträgerschaft - zur Verfügung stehen. (vgl. Teil D des Erhebungsbogens)

B.III.12. Erhalten die Pflegebedürftigen vor Vertragsabschluss eine schriftliche Kostenübersicht? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Pflegebedürftige und/oder die Angehörigen durch die Pflegeeinrichtung vor Leistungsbeginn darüber informiert wurden, welche Kosten sie unter Berücksichtigung der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung selbst übernehmen müssen.

B.III.13. Liegt geeignetes Informationsmaterial vor, aus dem sich die Angebotsstruktur der Einrichtung erkennen lässt? Ja Nein

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt ihre Leistungen schriftlich dar. Diese Information hat insbesondere Angaben zu enthalten über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot und die dafür zu zahlenden Preise
- das Pflegekonzept
- die räumliche und personelle Ausstattung
- Beratungsangebote
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen

Zur Information eines Bewerbers gehört auch der bei Vertragsabschluss in Frage kommende Heimvertrag mit seinen Nebenbestimmungen /.../.“ (vgl. 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die Pflegeeinrichtung stellt ihre Leistungen schriftlich dar. Diese Information kann Angaben enthalten über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot im Bereich der Tages- und Nachtpflege,
- die Form und Durchführung der Leistungserbringung auch hinsichtlich Maßnahmen aktivierender Pflege,
- das Pflegekonzept,
- die personelle Ausstattung,
- die Lage sowie die Erreichbarkeit der Einrichtung,
- Art und Form der Kooperation mit anderen Leistungserbringern, wie z.B. die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen,
- Wahrnehmung von Beratungsfunktionen,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie
- die zu zahlenden Entgelte für die Leistungsangebote.“

(vgl. 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Pflegebedürftige und/oder die Angehörigen bspw. ein Faltblatt/ eine Broschüre zur Verfügung gestellt wurde, worin das Leistungsangebot der Pflegeeinrichtung umfassend vorgestellt ist. Zur Information eines(r) Bewerbers(in) gehört auch der bei Vertragsabschluss in Frage kommende Heimvertrag.

B.III.14. Ist die Informationsweitergabe zur regional vorhandenen pflegerischen Infrastruktur (Arzt, Krankenhäuser, andere Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen etc.) geregelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, wie?

„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen Leistungen auf der Basis der folgenden Ziele: /.../ Die an der Pflege und Versorgung Beteiligten arbeiten partnerschaftlich zusammen. Hierzu gehört ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch. Mit dem Heimbeirat wird eng zusammengearbeitet. /.../ Sie unterstützt den Bewohner bei Bedarf bei der Inanspruchnahme ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen auch außerhalb der Pflegeeinrichtung.“ (vgl. 1.1 und 3.2.7 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Teilstationäre Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere /.../

- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen, /.../

- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen,
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheitssicherung, insbesondere der Rehabilitation sowie der Alten- und Behindertenhilfe sicherzustellen.“

(vgl. 1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Kurzzeitpflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere

- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder ausreichend ist,

- für den Pflegebedürftigen den Übergang aus der stationären Behandlung in die häusliche Pflege erleichtern und ermöglichen, /.../

- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen, /.../

- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheitssicherung, insbesondere der Rehabilitation, der ärztlichen Versorgung sowie der Alten- und Behindertenhilfe sicherzustellen.“

(vgl. 1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn, z.B. durch Überleitungsbögen/ Verlegungsberichte „Pflege“ für den Übergang ins Krankenhaus, eine sachgerechte Informationsweitergabe sichergestellt wird. (vgl. auch Frage B.I.4 und B.I.5.)

Mögliche Zusatzfragen:

B.III.15. Können die Pflegebedürftigen jederzeit Besuch empfangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

B.III.16. Organisiert das Pflegeheim Angehörigentreffen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

B.III.17. Werden ehrenamtliche Helfer(innen) in ihrer Arbeit fachlich begleitet und gefördert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

B.IV. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

B.IV.1. Hat die Einrichtung ein betriebsinternes Qualitätsmanagementsystem, das wenigstens den Anforderungen der Vereinbarung nach § 80 SGB XI in der jeweiligen Fassung entspricht? Ja Nein

„(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die /.../ sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 80 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, /.../.“ (§ 72 SGB XI)

„(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich /.../ Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist./.../ Die Vereinbarungen sind im BANz zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) /.../ Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.“ (§ 80 SGB XI)

„Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre institutionelle Verankerung können unterschiedlich gestaltet werden. Es sind hier Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung zu unterscheiden./.../.“ (vgl. 1.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn wenigstens die internen und ggf. externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sachgerecht dokumentiert sind. (vgl. Frage B.IV.3; B.IV.5 und B.IX.2.)

B.IV.2. Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben des Qualitätsmanagements geregelt? Ja Nein

„Der Träger der vollstationären Einrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung... festgelegt und durchgeführt werden. /.../ Maßnahmen /.../ können sein: /.../ die Entscheidung eines Qualitätsbeauftragten /.../.“ (vgl. 4.1. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege; inhaltsgleich 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die betriebliche Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement eindeutig (z.B. in der Stellenbeschreibung oder per Dienstanweisung) geregelt ist.

B.IV.3. Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung durchgeführt? Ja Nein

Welche?

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er veranlaßt die Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung. /.../ Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung können sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten,
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,

- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren /.../.“ (vgl. 4.1 und 4.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Der Träger der Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. /.../ Qualitätssicherungsmaßnahmen können u.a. sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten,
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards. Die Pflegeeinrichtungen haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren /.../.“ (vgl. 4.1 und 4.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die ausgewählten internen Qualitätssicherungsmaßnahmen nachvollziehbar und dokumentiert sind.

B.IV.4. Gibt es in der Pflegeeinrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden?

Ja

Nein

Welche?

Ein offener Umgang mit Beschwerden von Pflegebedürftigen und den Angehörigen, aber auch von Mitarbeiter(inne)n, ermöglicht es der Einrichtung, sich eigener Schwachstellen bewusst zu werden und Qualitätsverbesserungen zu erreichen.

„/.../ Die Pflege und Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung orientiert sich an einer menschenwürdigen Lebensqualität und Zufriedenheit des Bewohners. /.../ Die Bewohner werden bei der Wahrnehmung ihrer Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten unterstützt. Auf eine Vertrauensbeziehung zwischen dem Bewohner und den an der Pflege und Versorgung Beteiligten wird hingearbeitet. Die an der Pflege und Versorgung Beteiligten arbeiten partnerschaftlich zusammen. Hierzu gehört ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch. Mit dem Heimbeirat wird eng zusammengearbeitet. /.../.“ (vgl. 1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Teilstationäre Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere /.../

- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,
- eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern schaffen, /.../
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten. /.../.“

(vgl. 1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Einrichtung nachweisen kann, dass sie geeignete Maßnahmen zur Erfassung von Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen der Pflegebedürftigen und den Angehörigen oder auch des Heimbeirates anwendet (z.B. Beschwerdebuch, Heimbeiratssitzungen) und bei Beschwerden entsprechende Maßnahmen einleitet.

B.IV.5. Beteiligt sich die Einrichtung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, wie und an welchen?

<p><i>„/.../ Die Pflegeeinrichtung soll sich ferner an externen Maßnahmen beteiligen./.../“ (vgl. 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege), z.B. Mitwirkung an Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden, den internen Qualitätssicherungsprozess begleitende Zertifizierungen.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Pflegeeinrichtung die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nachweisen kann.</i></p>
--

B.IV.6. Wird die Meinung der Pflegebedürftigen, ggf. der Angehörigen oder des Heimbeirates, zur Situation in der Pflegeeinrichtung erfragt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, wie und wodurch?

<p><i>Die Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und ihr Wohlbefinden kann auf unterschiedliche Art und Weise gemessen werden, z.B. mit schriftlichen oder mündlichen Befragungen. Die Frage zielt darauf ab, ob eine regelhafte Überprüfung der Zufriedenheit erfolgt.</i></p> <p><i>„In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu /.../</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>- der Ermöglichung der Teilhabe am sozialen Umfeld und der Wahl- und Mitspracherechte sowie</i><i>- dem Grad der Zufriedenheit des Bewohners.“ (vgl. 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege; vgl. auch Frage B.IX.5.)</i>
--

Mögliche Zusatzfrage:

B.IV.7. Können die Mitarbeiter(innen) ihre Kenntnisse und Meinung zur Situation in der Einrichtung einbringen (persönliches Gespräch, Qualitätszirkel, Vorschlagswesen, strukturierte Personalgespräche etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, wie?

B.V. Pflegedokumentation

B.V.1. Liegt ein geeignetes und einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?

Ja Nein

„Für jeden Bewohner ist eine individuelle Pflegeplanung unter Einbezug der Informationen des Bewohners, der Angehörigen oder anderer an der Pflege Beteiligten durchzuführen. Die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach § 18 Abs. 5 SGB XI werden berücksichtigt. /.../ Die individuelle Pflegeplanung muß der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden. Dazu gehört auch eine geeignete Pflegedokumentation. Pflegerische Leistungen sind mit hauswirtschaftlichen sowie anderen Versorgungsbereichen abzustimmen. /.../ Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine geeignete Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen, aus der heraus das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten sind. Die Dokumentation ist mindestens fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren. /.../ Das Ergebnis der Pflege und Versorgung ist regelmäßig zu überprüfen /.../ mit den an der Pflege und Versorgung Beteiligten und dem Bewohner, auf seinen Wunsch unter Beteiligung der ihm nahestehenden Personen, zu erörtern und zu dokumentieren.“ (3.2.2.3; 3.2.3 und 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die Pflegeeinrichtung fertigt aufgrund der durch das Aufnahmegespräch bzw. die Anamnese gewonnenen Erkenntnisse eine Pflegeplanung an. Dabei ist die Abgrenzung der Leistungserbringung zu Leistung anderer an der Pflege Beteiligter aufzuführen. /.../ Die Pflegeplanung muß der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden. Die Pflegeeinrichtung hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich durchzuführen. Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele regelmäßig zu überprüfen. /.../ Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.“ (3.2.2.2; 3.2.3 und 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Die Pflegeeinrichtung fertigt aufgrund der durch das Aufnahmegespräch bzw. die Anamnese gewonnenen Erkenntnisse eine Pflegeplanung an. Dabei ist die Abgrenzung der Leistungserbringung zu Leistungen anderer an der Pflege Beteiligter aufzuführen. /.../ Die Pflegeplanung muß der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden und die Versorgung im Anschluss an den Kurzzeitpflegeaufenthalt berücksichtigen. Die Pflegeeinrichtung hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich durchzuführen. Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele zum Abschluß des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung zu überprüfen. /.../ Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.“ (3.2.2.2; 3.2.3 und 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Ein Pflegedokumentationssystem soll die übersichtliche, systematische, jederzeit nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten (Erstgespräch, Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Durchführungsnachweis, Evaluation) ermöglichen.

Aufgrund der verschiedenen Angebote von Pflegedokumentationssystemen ist folgende Zuordnung von Informationen zu einzelnen Formblättern exemplarisch.

Stammblatt:

- Angaben zur Person einschließlich Konfession,
- Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI,
- Datum des Einzugs, ggf. Umzugs im Haus, und Beginn der Erbringung pflegerischer Leistungen
- medizinische Diagnosen, Allergien,
- Kostform,
- medizinische/ therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z.B. Haus- und ggf. Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen z.B. über künstliche Ernährung oder Reanimation, Krankengymnastik, Ergotherapie),

- soziale Versorgungssituation (z.B. Bezugsperson, Vollmachten, vormundschaftsgerichtliche Genehmigungen, ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger),
- Informationen für Notfallsituationen (z.B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson),
- Aufenthalte in Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung).

Pflegeanamnese/Informationssammlung:

- Informationen über Biografie, Gewohnheiten, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugsperson,
- Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Pflegebedürftigen,
- Informationen über den Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Informationen über Gedächtnis und Konzentration,
- Informationen über Vitalfunktionen und pflegerisch bedeutsame Probleme in Bezug auf Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen,
- ggf. Eintragungen von anderen an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzten oder Therapeuten.

Pflegeprozessplanung:

- Ressourcen,
- Pflegerisch bedeutsame Diagnosen, wie z.B. vorliegender Dekubitus, Einschränkungen in der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Inkontinenz, gerontopsychiatrische Veränderungen, möglichst nach Priorität geordnet, und Fähigkeiten,
- potentielle Gefahren (z.B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus, Abweichungen im Blutzuckerspiegel, zu geringe Flüssigkeitsaufnahme),
- differenzierte Maßnahmenplanung (was, wie oft, wann, warum) einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen/ sozialer Betreuung,
- ggf. Abgrenzung der Leistungserbringung zu Leistungen anderer an der Pflege Beteiligter (vgl. 3.2.2.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)
- kurzfristige Pflegeziele und/oder langfristige Pflegeziele,
- Regelung über die Zuständigkeit für die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen,
- Regelmäßige Evaluation des Zielerreichungsgrades mit Datum und Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Pflegedurchführungsnachweis/-leistungsnachweis:

- durchgeführte Maßnahmen einschließlich Datum und tageszeitlicher Zuordnung,
- Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen/ sozialer Betreuung,
- Handzeichen der durchführenden Pflegekraft,
- ggf. gesonderte Tagesprofile, Lagerungs-/ Bewegungsförderungs-, Trink-/ Bilanzierungs- oder Esspläne sowie Vitalzeichenbogen.

Pflegebericht:

- wichtige Geschehnisse und Beobachtungen
- aktuelle pflegerisch bedeutsame Probleme,
- Verlauf,
- Ursachen und Begründung für Veränderungen der Ziel- und/oder Maßnahmenplanung,
- Aussagen hinsichtlich „/.../“
 - „/.../ der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangenen sind,
 - der Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
 - der Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit, (vgl. 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)
 - ggf. zum Abbau von Ängsten, der Überwindung von Antriebsschwächen sowie der Bewältigung von Überreaktionen,“ (vgl. 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)
 - „der Bewältigung von Krisensituationen, der Ermöglichung der Teilhabe am sozialen Umfeld und der Wahl- und Mitspracherechte sowie dem Grad der Zufriedenheit des Bewohners.“ (vgl. 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)
- ggf. besondere Hinweise wie z.B. über freiheitsbeschränkende Maßnahmen, soziale Kriseninterventionen.

ggf. ärztliches Verordnungsblatt:

- Medikationsplan,
- Medikationsanordnung des Arztes,
- sonstige ärztliche Verordnungen.

ggf. Formblatt der verordneten Arzneimittel:

- Namen
- Applikationsform,
- Dosierung und Häufigkeit,
- Anforderung an die Verabreichung (z.B. Tageszeit, vor/ während/ nach den Mahlzeiten, nicht mit anderen Arzneimitteln zusammen).

ggf. „Verlegungsbericht/Pflege“/ Pflegebericht für den Übergang von der Pflegeeinrichtung ins Krankenhaus oder andere Einrichtungen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegedokumentationssystem wenigstens die oben genannten Informationen ermöglicht und die von der Pflegeeinrichtung der Prüfperson zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Pflegebedürftigen eingesehenen Dokumentationsunterlagen (vgl. Teil D des Erhebungsbogens) übereinstimmen.

Bei EDV-gestützter Dokumentation der Leistungen der Pflege, Versorgung und Betreuung ist in Bezug auf die Beurteilung der Geeignetheit des Pflegedokumentationssystems mit „Ja“ darüber hinaus zu prüfen, ob wenigstens

- die Zugriffsrechte eindeutig geregelt sind,
- alle Eintragungen eindeutig sind, so dass die Rückverfolgbarkeit der Durchführung der Leistungen der Pflege und Betreuung gewährleistet ist, und
- nachträgliche Eintragungen/ Änderungen durch das System eindeutig als „nachträglich“ erfolgt gekennzeichnet werden.

B.V.2. Sind die Mitarbeiter(innen) in die Führung der Pflegedokumentation eingewiesen?

Ja

Nein

„Die von der vollstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Pflegeleistungen sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese /.../ unter anderem verantwortlich ist für:

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich
- die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation /.../“

(vgl. 3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die von der Pflegeeinrichtung angebotene teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u.a. verantwortlich ist für

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen, /.../“ (vgl. 3.1.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung dieser Aufgabe nachkommt.

B.V.3. Ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter(innen) nach den in der Pflegeplanung definierten Zielen und Maßnahmen arbeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Die Frage zielt darauf ab, ob sichergestellt ist, dass die Mitarbeiter(innen) die von ihnen zu erbringenden Pflege- und Versorgungsleistungen stets auf Grundlage der Pflegeplanung, wie in der Pflegedokumentation festgehalten, erbringen. Diese Sicherstellung obliegt der verantwortlichen Pflegefachkraft.

„Die von der vollstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Pflegeleistungen sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, daß diese /.../ unter anderem verantwortlich ist für:

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich /.../*
- die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte*
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs. /.../*

Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden nur unter der fachlichen Anleitung einer Fachkraft tätig.“ (vgl. 3.1.1.2 und 3.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die von der Pflegeeinrichtung angebotene teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, daß diese u.a. verantwortlich ist für /.../

- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Dienstplanung,*
- die Durchführung von Dienstbesprechungen im Pflegebereich. /.../*

Sonstige Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.“ (vgl. 3.1.1.4 und 3.1.4.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.1.1.3 und 3.1.4.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung sicherstellt, dass die Mitarbeiter(innen) nach den in der Pflegeplanung beschriebenen Zielen handeln.

B.VI. Soziale Betreuung

B.VI.1. Gibt es Aussagen über die soziale Betreuung (z.B. in der Konzeption)?

Ja Nein

Ziele und innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen zu Leistungen der sozialen Betreuung sollten in Ausrichtung auf die Gesamtzielsetzung der Einrichtung (das Leitbild, die Unternehmensphilosophie) definiert und abgestimmt sein.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für Leistungen der sozialen Betreuung Grundsätze oder Leitsätze auf der Grundlage dieses Leitbildes formuliert und nachvollziehbar sind. (vgl. auch Frage B.II.1. und B.IX.1.)

B.VI.2. Werden Leistungen der sozialen Betreuung regelmäßig angeboten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch regelmäßig erbrachte Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige und Betreuer) geschehen kann.

In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.“ (vgl. § 1 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen Leistungen auf der Basis der folgenden Ziele:

- Die Pflege und Versorgung der Bewohner in einer vollständigen Pflegeeinrichtung wird auf Dauer sichergestellt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten der einzelnen Lebenssituation des Bewohners nicht in Betracht kommt.*
- Die Pflege und Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung orientiert sich an einer menschenwürdigen Lebensqualität und Zufriedenheit des Bewohners. Unter besonderer Berücksichtigung der Biographie und bisherigen Lebensgewohnheiten trägt sie zur Befriedigung der körperlichen, geistigen, sozialen und seelischen Bedürfnisse des Bewohners bei und bietet Hilfestellung bei der Bewältigung von Lebenskrisen.*
- Die Erhaltung und Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens des Bewohners ist anzustreben. Soweit es die individuelle Pflegesituation und das soziale Umfeld zulassen, ist die Rückkehr in eine eigene Häuslichkeit zu fördern.*
- Die Tages- und Nachtstrukturierung wird bewohnerorientiert ausgerichtet. Die Gestaltung eines vom Bewohner als sinnvoll erlebten Alltags sowie die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben sind zu ermöglichen. Die Bewohner werden bei der Wahrnehmung ihrer Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten unterstützt. /.../*

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, eine ganzheitliche Pflege und Versorgung der Bewohner zu gewährleisten. /.../ Pflegerische Leistungen sind mit hauswirtschaftlichen sowie anderen Versorgungsbereichen abzustimmen. Die soziale und kulturelle Integration des Bewohners in das gesellschaftliche Umfeld wird bei der Festlegung der Pflegeziele berücksichtigt. Die Gemeinschaft unter den Bewohnern wird ermöglicht und gefördert.“ (vgl. 1.1; 3.1.1.1 und 3.2.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Teilstationäre Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere

- im Einzelfall fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten, /.../
- auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein,
- flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalles reagieren,
- die Erhaltung oder Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung fördern unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und der Biographie des Pflegebedürftigen,
- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen,
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten. /.../

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muß, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante Pflege und Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Teilstationäre Pflegeeinrichtungen können sowohl als Solitäreinrichtung bestehen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein. /.../ Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten. /.../“ (vgl. 1.1; 3.1.1.1 und 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Kurzzeitpflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere

- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder ausreichend ist,
- für den Pflegebedürftigen den Übergang aus der stationären Behandlung in die häusliche Pflege erleichtern und ermöglichen,
- im Einzelfall fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten, /.../
- auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein,
- flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalles reagieren,
- die Erhaltung oder Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung fördern unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und der Biographie des Pflegebedürftigen,
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten. /.../

Die Kurzzeit-Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante Pflege und Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen zu gewährleisten. /.../ Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten. /.../“ (vgl. 1.1; 3.1.1.1 und 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Hierbei ist auch zu berücksichtigen, ob die Einrichtung den religiösen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen Rechnung trägt. Ziel ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, beziehungsweise die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern. Zu berücksichtigen ist auch, ob Gemeinschaftsaktivitäten stattfinden, Sterbebegleitung erfolgt und den Pflegebedürftigen Unterstützung bei der Bewältigung von Lebenskrisen angeboten wird.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Leistungsangebot der sozialen Betreuung den jeweils einschlägigen Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden entspricht.

B.VI.3. Gibt es geeignete zielgruppenorientierte Gruppenangebote? Ja Nein

Welche?

B.VI.4. Ist gewährleistet, dass bei Bedarf die Pflegebedürftigen zu den Gruppenangeboten in der Pflegeeinrichtung begleitet werden? Ja Nein

„/.../ Die Gemeinschaft unter den Bewohnern wird ermöglicht und gefördert.“ (vgl. 3.2.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

- B.VI.5. Wird die Integration der Einrichtung in die Gemeinde/ Stadt gefördert?** Ja Nein

Wie?

„/.../ Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fördert die soziale Integration des Bewohners in das örtliche Gemeinwesen.“ (3.2.7 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„/.../ Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten. /.../“ (vgl. 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege; Kurzzeitpflege)

- B.VI.6. Trägt die Pflegeeinrichtung dazu bei, den Pflegebedürftigen - auch immobilen - nach deren individuellen Wünschen die Teilnahme an Veranstaltungen/ Freizeitaktivitäten außerhalb des Hauses zu ermöglichen bzw. zu vermitteln?** Ja Nein

Wenn ja, an welchen?

„/.../ Die Gestaltung eines vom Bewohner als sinnvoll erlebten Alltags sowie die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben sind zu ermöglichen. /.../ Sie unterstützt den Bewohner bei Bedarf bei der Inanspruchnahme ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen auch außerhalb der Pflegeeinrichtung.“ (vgl. 1.1 und 3.2.7 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„/.../ Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten. /.../“ (vgl. 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege; Kurzzeitpflege)

Mögliche Zusatzfrage:

- B.VI.7. Werden regelmäßig außer den zielorientierten Gruppenangeboten sonstige Veranstaltungen/ Freizeitaktivitäten durch die Pflegeeinrichtung angeboten?** Ja Nein

Welche?

B.VII. Zusatzleistungen

Wenn Zusatzleistungen angeboten werden, muss die Einrichtung eine Liste nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI vorlegen können.

„Zusatzleistungen sind die über das Maß des Notwendigen /.../ hinausgehenden Leistungen der Pflege und Unterkunft und Verpflegung, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind.“ (§ 3 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege)

Bei der Beantwortung dieser Frage ist zu überprüfen, ob es sich bei diesen Leistungen um solche handelt, die gemäß § 88 Abs. 2 SGB XI von der Pflegeeinrichtung den Landesverbänden der Pflegekassen als Zusatzleistungen schriftlich mitgeteilt wurden. „keine Angabe“ ist dann zu wählen, wenn von den Pflegeleistungen keine Zusatzleistungen im Sinne von § 88 SGB XI angeboten werden.

„(1) Neben den Pflegesätzen nach § 85 und den Entgelten nach § 87 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 72 Abs. 1 Satz 2) gesondert ausgewiesene Zuschläge für

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn

1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes (§ 84 Abs. 4 und § 87) nicht beeinträchtigt werden,
2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind.“ (vgl. § 88 SGB XI)

Nach einer vorläufigen Arbeitshilfe für die Praxis der Vereinbarungspartner der Pflegeselbstverwaltung vom April 2000 zeichnen sich Zusatzleistungen dadurch aus, dass sie über einen längeren Zeitraum und mit einer gewissen Regelmäßigkeit angeboten werden. Sie sollen grundsätzlich jedem(r) Pflegebedürftigen zur Wahl stehen. Daneben können Einrichtungen nach dieser vorläufigen Arbeitshilfe für die Praxis sonstige Leistungen anbieten, die weder Zusatz- noch Regelleistungen darstellen. Leistungen, die o.g. Kriterien nicht erfüllen, sind auch dann keine Zusatzleistungen, wenn der(die) Pflegebedürftige diese Leistung gesondert zu bezahlen hat, z.B. für eine Urlaubsreise, die von der Pflegeeinrichtung angeboten wird. Dies gilt auch für vermittelte Leistungen von Dritten, z.B. Friseur, sowie Leistungen an Dritte, z.B. an Angehörige.

B.VII.1. Sind Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie Höhe der dafür zu entrichtenden Vergütungszuschläge und den Zahlungsbedingungen vorher mit den Pflegebedürftigen, die Zusatzleistungen erhalten, schriftlich vereinbart worden?

Ja	Nein	k.A.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.VII.2. Sind das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Sozialhilfeträgern im Land schriftlich mitgeteilt worden?

Ja	Nein	k.A.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.VIII. Betreuung und Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

„keine Angabe“ ist immer dann zu wählen, wenn Pflegebedürftige keine gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen aufweisen.

B.VIII.1. Wird bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? Ja Nein k.A.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ersichtlich ist, dass mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird. (vgl. auch Fragen in D.II.)

Für einen sachgerechten Umgang können die nachfolgend aufgelisteten Hinweise und Kriterien sprechen:

Bei der Pflegeanamnese sollten biografische Angaben erhoben werden, weil die Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger sich nur auf der Grundlage des lebensgeschichtlichen Kontextes angemessen durchführen lässt.

Gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen werden erkannt und deren Ausmaß und Ausprägung ermittelt (z.B. Antriebsarmut, Aggressionen in bestimmten Situationen, Depressivität, erhöhtes Laufbedürfnis).

Geeignete Maßnahmen werden unter Berücksichtigung der Biografie und der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt, dokumentiert und evaluiert.

B.VIII.2. Spiegelt sich in der Pflegeprozessplanung die Betreuung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger nach (besonderen) Betreuungs- und Versorgungskonzeptionen wider? Ja Nein k.A.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Pflegebedürftige nach besonderen konzeptionellen Vorgaben gepflegt, versorgt und betreut werden, wie z.B. in besonderen Wohn- oder Betreuungsgruppen oder gemeinsam mit anderen Bewohnergruppen.

B.VIII.3. Werden besondere Vereinbarungen zur Qualifikation des Personals, das im Bereich der Pflege und Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Personen schwerpunktmäßig eingesetzt wird, eingehalten? Ja Nein k.A.

B.VIII.4. Finden spezielle Fort- und Weiterbildungen in ausreichendem Umfang statt? Ja Nein k.A.

B.VIII.5. Wird die sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung den besonderen Anforderungen gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger gerecht? Ja Nein k.A.

Wenn vertragliche Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden hierzu bestehen, wie etwa im Versorgungsvertrag oder in den LQV, und erfüllt werden, ist die Frage mit „Ja“ zu beantworten.

- B.VIII.6. Werden geeignete Techniken angewandt, um das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen zu erfassen bzw. zu erfragen?**
- Ja Nein

B.IX. Unterkunft und Verpflegung

B.IX.1. Gibt es Aussagen zu den Leistungen im Bereich der Unterkunft und Verpflegung (z.B. in Leitbildern, Konzeptionen)? Ja Nein

Ziele und innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen von Leistungen im Bereich der Unterkunft und Verpflegung sollten in Ausrichtung auf die Gesamtzielsetzung der Einrichtung (das Leitbild, die Unternehmensphilosophie) definiert und abgestimmt sein.

Generell sind hauswirtschaftliche Dienstleistungen und der Einfluss hauswirtschaftlichen Personals ein wichtiger Bestandteil der Lebens- und Wohnqualität der Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen. Aussagen über die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen wie z.B. im Bereich der ernährungsphysiologischen Versorgung, der Wäschepflege, der Gebäudereinigung, der Wohnraum- und Umfeldgestaltung, können an unterschiedlicher Stelle verankert sein.

„Der Träger der Einrichtung stellt die fachliche Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung sicher. Allgemein anerkannte Hygienestandards werden beachtet, ohne daß der wohnliche Charakter beeinträchtigt wird. Ein altersgerechtes, abwechslungsreiches und vielseitiges Speisenangebot einschließlich des Angebots an individuell geeigneter Diätkost wird zur Verfügung gestellt. Die Essenszeiten sind flexibel gestaltet.“ (vgl. 3.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Pflegerische Leistungen sind mit hauswirtschaftlichen sowie anderen Versorgungsbereichen abzustimmen. /.../ Die Koordination mit anderen an der Versorgung beteiligten Beschäftigten der Einrichtung wird von dem Träger der Einrichtung sichergestellt. Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch in Form von Dienstbesprechungen durchzuführen. /.../“ (vgl. 3.2.2.3 und 3.2.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat /.../ im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen. Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden nur unter der fachlichen Anleitung einer Fachkraft tätig. /.../“ (vgl. 3.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.1.4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, 3.1.4.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

„/.../ Die Dienstplanung wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf /.../ vorgenommen. Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch durchzuführen.“ (vgl. 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für den Bereich Unterkunft und Verpflegung Grundsätze oder Leitsätze formuliert sind, schriftlich vorliegen und den Mitarbeitern bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter befragen; vgl. Frage in B.II.1. und B.VI.1.)

B.IX.2. Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung für den Bereich „Unterkunft und Verpflegung“ ergriffen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er veranlaßt die Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung. /.../“ (vgl. 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Der Träger der Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. /.../“ (vgl. 4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Zu berücksichtigen sind etwa die Entwicklung von Leitlinien/ Standards/ Richtlinien für den hauswirtschaftlichen Leistungsbereich (z.B. zur Verpflegung, Bewirtung, Wohnraumgestaltung sowie zum Reinigungs- und Wäscheservice), die Erstellung eines entsprechenden Handbuches oder kontinuierliche bereichsübergreifende Besprechungen, um die Arbeitsabläufe vor allem an der Schnittstelle Pflege/ hauswirtschaftliche Versorgung zu optimieren.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die ausgewählten internen Qualitätssicherungsmaßnahmen nachvollziehbar, geeignet dokumentiert und den Mitarbeiter(inne)n bekannt sind. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen; vgl. auch Frage C.II.1 und Fragen zu C.III. und Teil D)

B.IX.3. Ist das Speisenangebot aus ernährungsphysiologischer Sicht auf die Pflegebedürftigen abgestimmt? Ja Nein

Fehlernährung ist bei älteren Menschen ein häufig anzutreffendes Phänomen, das meist in Form der Unter- bzw. Mangelernährung auftritt. Alte Menschen gelten als Risikogruppe für Mangelernährung. Folgen von Mangelernährung können eingeschränkte körperliche, geistige und psychische Leistungsfähigkeit, erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko sein. Konkret ist z.B. das Entstehungsrisiko eines Dekubitus höher.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in der Konzeption wenigstens die nachfolgenden Aspekte berücksichtigt sind:

„/.../ Ein altersgerechtes, abwechslungsreiches und vielseitiges Speisenangebot /.../ wird zur Verfügung gestellt. Die Essenszeiten sind flexibel zu gestalten.“ (vgl. 3.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

B.IX.4. Werden individuell geeignete Diätformen/ Sonderkostformen angeboten? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn individuell geeignete Diäten angeboten werden (vgl. sinngemäß 3.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege), wie bspw.

- Diätdefinierte Kostformen (Reduktionskost, Diabeteskost, Ernährungstherapie bei Hyperlipidämie, Ernährungstherapie bei Hyperurikämie und Gicht),
- Protein- und Elektrolytdefinierte Diätkostformen (bei Bluthochdruck, bei Ödemen),
- Sonderkostformen (bei gastroenterologischen Erkrankungen, Allergien).

(Auflistung angelehnt an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung)

Wünschenswert wären des weiteren alternative Ernährungsformen wie etwa vegetarische Kost oder religiös bedingte Speisenangebote.

B.IX.5. Wird die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Qualität der Mahlzeitenversorgung regelhaft erfragt? Ja Nein

B.IX.6. Ist gewährleistet, dass die Pflegebedürftigen ihren Fähigkeiten entsprechend die mundgerechte Zubereitung der Nahrung selbst übernehmen? Ja Nein

Pflegebedürftige sollten abhängig von ihren individuellen Fähigkeiten ihre Mahlzeiten selbst mundgerecht zubereiten, z.B. Brote oder Brötchen selbstständig streichen, belegen, kleinschneiden sowie Fleisch in mundgerechte Stücke schneiden. Eine routinemäßige mundgerechte Zubereitung trotz vorhandener Fähigkeiten der Pflegebedürftigen oder eine ausschließliche Versorgung der Pflegebedürftigen mit Breikost trotz vorhandener Kaufähigkeit entspricht nicht den Prinzipien der aktivierenden Pflege.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine routinemäßige mundgerechte Zubereitung durch die Einrichtung nicht stattfindet und Pflegebedürftige mit bestehender Kaufähigkeit nicht ausschließlich mit Breikost und Suppen versorgt werden.

B.IX.7. Verfügen Reinigungskräfte und sonstige Hauswirtschaftskräfte über die notwendigen Kenntnisse über die Belange der Pflegebedürftigen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ersichtlich ist, dass in Pflegeeinrichtungen geregelte Verfahrensweisen zur Anwendung kommen, die sicherstellen, dass Reinigungskräfte und sonstige Hauswirtschaftskräfte für die Belange der Pflegebedürftigen sensibilisiert werden.

B.IX.8. Werden die Zimmer in ausreichendem Umfang regelmäßig gereinigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

B.IX.9. Wird die Bettwäsche in ausreichendem Umfang regelmäßig gewechselt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

B.IX.10. Kann der(die) Pflegebedürftige eigene Bettwäsche, Frotteewaren oder Handtücher benutzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Mögliche Zusatzfragen:

B.IX.11. Wird darauf geachtet, dass ausreichend Bewohnerwäsche für mehrmaliges Umziehen an einem Tag vorhanden ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

B.IX.12. Ist organisiert, das reparable Schäden an der Bewohnerwäsche sachgemäß behoben werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

B.X. Sächliche Ausstattung

B.X.1. Entspricht die sächliche Ausstattung nach Art, Umfang und Beschaffenheit den mit den Kostenträgern oder deren Verbänden getroffenen Vereinbarungen? Ja Nein

„/.../ Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben. Die Wohnräume der Bewohner sind so zu gestalten, dass sie den angemessenen individuellen Wünschen und Bedürfnissen nach Privatheit und Wohnlichkeit entsprechen. Die Aufstellung eigener Möbel und die Mitnahme persönlicher Dinge, insbesondere eigene Wäsche, ist möglich. Außerdem sollen den Bewohnern

- beschilderte, sicher zu erreichende sowie alten- und behindertengerechte Zugänge zu der Pflegeeinrichtung,
- eine direkte Zufahrt für Fahrzeuge,
- eine alten- und behindertengerechte Ausstattung
- sowie ein angemessenes Angebot an Gemeinschafts- und Therapieräumen zur Verfügung stehen.“
(vgl. 3.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- beschilderte, sicher zu erreichende und alten- und behindertengerechte Zugänge zu der Pflegeeinrichtung,
- direkte Zufahrt für Fahrzeuge,
- alten- und behindertengerechte Ausstattung,
- ein angemessenes Raumangebot einschließlich Ruhe- und Gemeinschaftsräumen, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können (bisherige im Bereich der Sozialhilfe bestehende Regelungen und Vereinbarungen gelten als angemessen).

Tagespflegeeinrichtungen müssen ferner folgende Voraussetzungen erfüllen:

- eine Bewegungsmöglichkeit im Freien,
- eine Möglichkeit zur Erbringung von Heilmitteln.

Ruheräume sind so zu gestalten, dass die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden. Die Unterbringung in der Nachtpflege ist in Ein- bzw. Zweibettzimmern anzustreben.“

(vgl. 3.1.2.1 und 3.1.2.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Die Einrichtungen der Kurzzeitpflege müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- beschilderte, sicher zu erreichende und alten- und behindertengerechte Zugänge zu der Pflegeeinrichtung,
- direkte Zufahrt für Fahrzeuge,
- alten- und behindertengerechte Ausstattung,
- ein angemessenes Raumangebot einschließlich Gemeinschaftsräumen, um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können (bisherige im Bereich der Sozialhilfe bestehende Regelungen und Vereinbarungen gelten als angemessen).

Kurzzeitpflegeeinrichtungen müssen ferner folgende Voraussetzungen erfüllen:

- eine Bewegungsmöglichkeit im Freien,
- eine Möglichkeit zur Erbringung von Heilmitteln.

Die Räume, die dem Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, sind so zu gestalten, daß die individuellen Bedürfnisse, die pflegerischen Erfordernisse und die Anforderungen an eine wohnliche Umgebung des Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden. Der kurzzeitigen Aufnahme und einem wechselnden Personenkreis ist dabei Rechnung zu tragen. Die Aufnahme in Ein- bzw. Zweibettzimmern ist anzustreben.“ (vgl. 3.1.2.1 und 3.1.2.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege) Soweit die Verträge nach §§ 75 oder 80a SGB XI hierzu weitere Aussagen treffen, sind diese zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Pflegeeinrichtung den o.g. Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden gerecht wird.

B.X.2. Ist der Notruf funktionstüchtig und kann jederzeit von den Pflegebedürftigen ausgelöst werden? Ja Nein

B.X.3.	Gibt es Telefon im Haus für die Pflegebedürftigen, die keinen eigenen Anschluss haben, und kann dieses auch von Rollstuhlfahrern benutzt werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

B.X.4.	Kann sich jede(r) Pflegebedürftige frei innerhalb und außerhalb der Einrichtung bewegen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

Mögliche Zusatzfragen:

B.X.5.	Gibt es für die Pflegebedürftigen ggf. individuell höhenverstellbare Pflegebetten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

B.X.6.	Gibt es einen Radio/ TV-Anschluss in jedem Zimmer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	---	--------------------------------	----------------------------------

B.XI. Hygiene

B.XI.1. Liegt ein Hygieneplan zur Einhaltung der Infektionshygiene vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Um sicherzustellen, dass Hygienevorschriften einheitlich angewendet werden, sieht das Infektionsschutzgesetz vor, dass die Verantwortlichen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse genügende Hygienepläne für die Einrichtung erarbeiten. Diese haben u.a. die Aufgabe, alle innerbetrieblichen Maßnahmen, die den Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Umgebung sowie den Schutz der Mitarbeiter(innen) vor unerwünschten Mikroorganismen gewährleisten (vgl. § 2 Nr. 8 i.V.m. § 23 Abs. 2 IfSG), schriftlich festzuhalten und allen Mitarbeiter(inne)n als verbindliche Handlungsanleitung zu dienen.

„(2) Im Sinne dieses Gesetzes ist /.../ 8. nosokomiale Infektion eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand, /.../

(23) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden von dem Robert-Koch-Institut veröffentlicht. /.../.“ (vgl. §§ 2 und 23 Abs. 2 IfSG)

„/.../ Allgemein anerkannte Hygienestandards werden beachtet, ohne daß der wohnliche Charakter beeinträchtigt wird. /.../.“ (vgl. 3.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ein Hygieneplan vorliegt, der innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen, bspw. zur Desinfektion, Reinigung und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände beinhaltet, und der Hygieneplan jedem(r) Mitarbeiter(in) bekannt ist. (Zu prüfen z.B. durch von den Mitarbeiter(inne)n abgezeichnete Dienstanweisung oder per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen; vgl. B.II.3.; B.III.10. und B.IX.2.)

B.XI.2. Ist eine räumliche Trennung für Arbeits- und sonstige Hilfsmittel in Rein/ Unrein vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

B.XI.3. Gibt es Möglichkeiten zur Reinigung/ Desinfektion/ Sterilisation der Arbeits- und Hilfsmittel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

B.XI.4. Werden die Mitarbeiter(innen) zum Schutz vor Infektionen und deren Übertragung regelmäßig und in geeigneter Weise informiert bzw. geschult?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Mitarbeiter(innen) in geeigneter Weise, bspw. durch innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen, Schulungen oder entsprechendes Informationsmaterial, über

- Arten und mögliche Übertragungswege meldepflichtiger Infektionen,
- die erforderlichen Hygienemaßnahmen einschließlich der notwendigen Schutzkleidung,
- geeignete Desinfektionsmittel für Hände-, Flächen-, Wäsche- und Instrumentenreinigung und das jeweilige Desinfektionsverfahren und -dosierung,
- präventive Immunisierungsmöglichkeiten oder
- Sofortmaßnahmen bei Unfällen sowie die Meldepflichten gegenüber Pflegedienstleitung, Heimleitung oder Behörden (z.B. Gesundheitsamt) informiert werden (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen).

Teil C

Personalbezogene Angaben

C.I. Personalausstattung

C.I.1. Zusammensetzung und Qualifikation

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Personalzusammensetzung in der Einrichtung. Die erforderlichen Angaben sind dem Stellenplan und dem Dienstplan zu entnehmen und auf Plausibilität hin zu überprüfen. Grundlage sind die mit den Kostenträgern oder deren Verbänden getroffenen Personalvereinbarungen, wie etwa in der LQV oder den Vereinbarungen nach § 75 SGB XI.

Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % möglichst nicht überschreiten. (§ 20 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege, § 21 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege)

„(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. die Beschäftigung regelmäßig weniger als fünfzehn Stunden in der Woche ausgeübt wird und das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 325 Euro nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Jahres seit ihrem Beginn auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 325 Euro im Monat übersteigt.

(2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 und nicht geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.“ (vgl. § 8 SGB IV)

	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtvollzeitstellen
	Anzahl Mitarbeiter(innen)	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	
Geschäftsführung/ Heimleitung						
Verwaltung						
Pflegedienstleitung						
Hauswirtschaftsleitung/ -technik						
Pflege						
Altenpfleger(innen)						
Krankenschwestern/ -pfleger						
Kinderkrankenschwestern/ -pfleger						

	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
	Anzahl Mitarbeiter(innen)	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	Anzahl MA	Umgerechnet auf Vollzeitstellen	Gesamtvollzeitstellen
(noch) Pflege						
anerkannte Altenpflegehelfer(innen)						
anerkannte Krankenpflegehelfer(innen)						
Sonstige Pflegehilfskräfte, angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Zivildienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
Hauswirtschaft						
Hauswirtschaftliche Betriebsleiter(innen)						
Dipl-Oecothropholog(inn)en						
Wirtschafter(innen)						
Fachhauswirtschaftler(innen)						
Köchinnen / Köche						
Hauswirtschaftler(innen)						
Haus- und Familienpfleger(innen)						
Hausmeister(innen)						
Hauswirtschaftliche Helfer(innen); Hilfskräfte						
Dorfhelfer(innen)						
Zivildienstleistende						
Sonstige						
Soziale Betreuung						
Sozialpädagog(inn)en						
Sozialarbeiter(innen)						
Altentherapeuten(innen)						
Zivildienstleistende						
Sonstige						

C.I.2. Entspricht das vorgehaltene Personal den gesetzlichen Verpflichtungen und ggf. den Vereinbarungen, die mit den Kostenträgern oder deren Verbänden getroffen wurden? Ja Nein

„(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.“ (§ 71 SGB XI)

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat /.../ zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des Bewohners im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte /.../ bereitzustellen. /.../.“ (vgl. 3.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege; inhaltsgleich 3.1.4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege). Sofern die Verträge nach §§ 75, 80a SGB XI weitere Aussagen zur Personalausstattung beinhalten, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn erkennbar ist, dass wenigstens die gesetzlichen Vorgaben und die o.g. Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder deren Verbänden umgesetzt worden sind.

C.I.3. Falls nicht alle offenen Stellen besetzt sind, werden nachweisbar Aktivitäten entfaltet, diese offenen Stellen zu besetzen? Ja Nein

Welche?

C.I.4. Liegt eine aktuelle Namensliste der Mitarbeiter(innen) mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? Ja Nein

Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich. Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine Namensliste mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vorliegt, die alle Mitarbeiter(innen) umfasst, die seit mehr als 4 Wochen in der Einrichtung beschäftigt sind.

C.I.5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die erforderliche Qualifikation? Ja Nein

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder -pfleger, als Kinderkrankenschwester oder -pfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder -pfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich. Diese Berufserfahrung sollte im Umfang einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erworben worden sein. Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI muss darüber hinaus eine leitungsbezogene Weiterbildung von mindestens 460 Stunden oder der Studienabschluss im Pflegemanagement einer FH oder Universität nachgewiesen werden (gilt nicht für teilstationäre Pflegeeinrichtungen). Es besteht eine Übergangsregelung für vollstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege, nach der innerhalb von 7 Jahren nach Abschluss der Vereinbarung diese Qualifikation erworben werden kann. Bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit in dieser Funktion und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers innerhalb dieser Frist im Einzelfall von den Vertragspartnern nach § 72 Abs. 2 SGB XI Ausnahmen zugelassen werden.

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI muss die verantwortliche Pflegekraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin oder Gesellschafterin der Einrichtung ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegedienstleitung sich auf die jeweilige Pflegeeinrichtung bezieht, gilt diese Anforderung auch als erfüllt. Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte.

Seit dem 01.01.2002 hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Rahmenfrist (zweiter Spiegelstrich) fünf Jahre vor dem Tag beginnt, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft bestellt werden soll. Außerdem verlängert sich die Frist um Zeiten, in denen eine Fachkraft

- „/.../1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
- 2. als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
- 3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.“ (§ 71 Abs. 3 SGB XI)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- die Grundqualifikation vorliegt,
- eine praktische Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre besteht, es sei denn, die achtjährige Rahmenfrist ist ausnahmsweise anwendbar,
- eine leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden oder der Studienabschluss im Pflegemanagement einer FH oder Universität nachgewiesen werden (gilt nicht für teilstationäre Pflegeeinrichtungen), und
- ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht.

Ist die Anforderung für die leitungsbezogene Weiterbildung oder die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht erfüllt, liegen aber Übergangs- bzw. Ausnahmeregelungen vor, ist diese Frage mit „Ja“ zu beantworten. Liegt bereits eine Anerkennung durch die Verbände der Pflegekassen vor, ist die Frage ebenfalls zu bejahen.

C.I.6. Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in der Einrichtung? **Stunden**

Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft kann Hinweise darüber geben, welchen Stellenwert diese für den Träger der Einrichtung hat.

C.I.7. Verfügt die stellvertretende Pflegefachkraft über die erforderliche Qualifikation?

Ja

Nein

Die fachlichen Voraussetzungen für die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester/ Krankenpfleger oder Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen.*
 - b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpflegerin/ Altenpfleger mit staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlichen Regelung - besitzen.*
- (vgl. sinngemäß 3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege; 3.1.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege sowie 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)*

In den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege wird von einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung der Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft in der Regel ausgegangen. Dies wird auch für die stationären Versorgungsformen empfohlen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- die Grundqualifikation vorliegt,*
- ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht oder,*
- eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgrund einer Ausnahmeregelung nicht erforderlich ist oder bereits eine Anerkennung der Verbände der Pflegekassen vorliegt.*

C.II. Aus- und Fortbildung

C.II.1. Wird ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter(innen) im Rahmen der fachlichen Anleitung und Überprüfung der Pflege und Versorgung angewandt? Ja Nein

„Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist /.../ sicherzustellen, daß Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.“ (§ 20 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie § 21 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI vollstationäre Pflege)

Mindestanforderung ist ferner, dass die von der Pflegeeinrichtung angebotene Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen ist. Es muss daher ständig eine Pflegefachkraft anwesend sein. (vgl. sinngemäß 3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, 3.1.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege sowie 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Fachliche Anleitung umfasst unter anderem die Einarbeitung durch eine Pflegefachkraft anhand eines Einarbeitungskonzeptes. Das Einarbeitungskonzept sollte der(die) neue Mitarbeiter(in) kennen und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn anhand konkreter Beispiele nachgewiesen werden kann, dass ein Einarbeitungskonzept wenigstens für die Bereiche der Pflege und Versorgung angewandt wird. (vgl. Frage B.II.2.; C.III.1 und C.III.2.)

C.II.2. Liegt ein Fort- und Weiterbildungsplan der Einrichtung vor? Ja Nein

Unter Fortbildung sind Maßnahmen zu verstehen, die dem Erhalt und der Aktualisierung des Fachwissens dienen. Die Teilnahme an Maßnahmen der Fortbildung dient zum einen der persönlichen beruflichen Qualifikation, zum anderen der Sicherstellung der betrieblich geforderten Qualifikation. Fortbildungen können sein Maßnahmen mit Schulungsinhalten wie z.B. zu Pflegedokumentation und -planung, Umgang mit Pflegehilfsmitteln, Dekubitusprophylaxe, Ernährung, Hygiene, Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Personen, Supervisionen oder Qualitätsmanagement.

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die fachliche Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiter durch funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Ihr Fachwissen ist regelmäßig zu aktualisieren, /.../.“ (vgl. 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die fachliche Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Deren Fachwissen ist regelmäßig zu aktualisieren, /.../.“ (vgl. 3.1.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus dem Fort- und Weiterbildungsplan ersichtlich ist, dass der Fort- und Weiterbildungsbedarf der Mitarbeiter(innen) wenigstens in den Bereichen der Pflege und der Unterkunft und Versorgung berücksichtigt wird.

C.II.3. Werden alle Mitarbeiter(innen) in die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einbezogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Bei interner Fortbildung müssen Fortbildungen über Teilnehmerlisten mit Datum, Gegenstand der Fortbildung und Handzeichen der Teilnehmer(innen) nachgewiesen werden, bei externen Fortbildungen müssen Teilnahmebescheinigungen vorliegen.

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Mitarbeiter(innen) der Zugang zu einer funktions- und aufgabenbezogenen (vollstationär) bzw. berufsbezogenen (teilstationär, Kurzzeitpflege) Fort- und Weiterbildung offensteht. (Zu prüfen anhand der in den letzten 2 Jahren durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die z.B. in Form eines schriftlichen Nachweises, eines „Ausbildungspasses“ für einzelne Mitarbeiter(innen) oder EDV-technisch belegt sein können.)

C.II.4. Werden Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter(innen) der Einrichtung zugänglich vorgehalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

„.../ Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.“ (3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege; 3.1.1.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- eine Auswahl relevanter Fachbücher vorliegt und*
- diese Literatur für die Mitarbeiter(innen) des Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbereiches zugänglich ist. (per Zufallsauswahl Mitarbeiter(innen) befragen)*

C.III. Aufbau- und Ablauforganisation - Personal

C.III.1. Wird die fachliche Anleitung und Überprüfung der Pflege und Versorgung in regelmäßigen Abständen gewährleistet? Ja Nein

„Die von der vollstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Pflegeleistungen sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft /.../ durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, daß diese auf der Basis der /.../ Ziele unter anderem verantwortlich ist für:

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich
- die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs.

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt sicher, daß bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) die Vertretung durch eine Pflegefachkraft /.../ gewährleistet ist.“ (vgl. 3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, daß diese u.a. unter anderem verantwortlich ist für:

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Dienstplanung,
- die Durchführung von Dienstbesprechungen im Pflegebereich.

Der Träger der Pflegeeinrichtung stellt sicher, daß bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) die Vertretung durch eine Pflegefachkraft /.../ gewährleistet ist.“ (vgl. 3.1.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

„/.../ Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden nur unter der fachlichen Anleitung einer Fachkraft tätig.“ (vgl. 3.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.1.4.2 teilstationäre Pflege; Kurzzeitpflege)

Die Verantwortung - insbesondere für den Pflegeprozess - liegt bei einer Fachkraft. Aus der Pflegedokumentation muss wenigstens hervorgehen, welche Pflegefachkraft zu welchem Zeitpunkt für Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Pflegeevaluation verantwortlich ist.

Fachliche Anleitung durch die verantwortliche Pflegefachkraft umfaßt neben der Einarbeitung anhand eines Einarbeitungskonzeptes (vgl. Frage C.II.1.) auch regelmäßige und nachvollziehbare Pflegevisiten, die Sicherstellung der Durchführung der Pflege durch Pflegekräfte nach der Pflegeprozessplanung sowie eine durchgehende Erreichbarkeit einer Fachkraft während der Einsatzzeit der Hilfskräfte/angelernten Kräfte.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Anleitungs- und Überprüfungsaufgaben in der Pflege und Versorgung in geeigneter Weise, wie z.B. durch die Durchführung von Pflegevisiten, wahrnimmt.

C.III.2. Werden Pflegekräfte (nicht Pflegefachkräfte) entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt? Ja Nein

Für allgemeine Pflegeleistungen kann davon ausgegangen werden, dass bei Krankenschwestern/-pflegern, Kinderkrankenschwestern/-pflegern sowie staatlich anerkannten Altenpfleger(innen) mit mindestens zweijähriger Berufsausbildung die formale Qualifikation vorliegt.

Für die medizinische Behandlungspflege kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation bei Krankenschwestern/ -pflegern, Kinderkrankenschwestern/ -pflegern sowie staatlich anerkannten Altenpfleger(innen) mit dreijähriger Berufsausbildung vorliegt.

Beim Einsatz von Krankenpflegehelfern ist zu prüfen, ob die formale Qualifikation für die ihnen übertragenen Tätigkeiten ausreicht. Sofern vertragliche Vereinbarungen nach § 75 SGB XI hierzu weitere Aussagen treffen, sind diese zu berücksichtigen.

Aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege können Aussagen zu behandlungspflegerischen Maßnahmen, die während der Krankenpflegehilfeausbildung gelehrt werden müssen, entnommen werden.

Bei Altenpflegehelfern ist dies von der jeweiligen Ausbildung abhängig.

Hilfskräfte verfügen über keine formale Qualifikation. Daher ist zu prüfen, ob eine materielle Qualifikation für allgemeine Pflegeleistungen gegeben ist. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderliche Qualifikation vorliegt.

Das ist insbesondere der Fall, wenn die betroffene Pflegekraft über ausreichende Berufserfahrung in der Pflege verfügt und darüber hinaus die verantwortliche Pflegefachkraft diese hinsichtlich der Eignung (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) überprüft hat, im Sinne der Vermittlung erforderlicher Kenntnisse und Fertigkeiten angeleitet hat sowie bei der Leistungserbringung in angemessenen Zeitintervallen regelmäßig kontrolliert.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Pflegekräfte unter Berücksichtigung der o.g. Kriterien entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt werden. (Stichprobenprüfungen anhand bspw. von Pflegedokumentationen reichen aus; vgl. Teil D.)

C.III.3. Sind Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Versorgung und Betreuung beschäftigten Mitarbeiter(innen) geregelt (z.B. durch Stellenbeschreibungen)? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Aufgaben sowie Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche anhand von Stellenbeschreibungen oder ähnlichen Instrumenten (z.B. Funktionsdiagramm, Verantwortungsmatrix) vorliegen und verbindlich angewandt werden. (Abzeichnung durch Mitarbeiter als Nachweis)

C.III.4. Wird die fachliche Anleitung und Überprüfung der für die hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen eingesetzten Mitarbeiter(innen) in regelmäßigen Abständen durch Fachkräfte gewährleistet? Ja Nein

Hauswirtschaftliche Leistungen in den Einrichtungen betreffen alle Lebensbereiche wie z.B. eine bedarfsgerechte Ernährung und einen ansprechenden, aktivierenden Service, den Wäscheservice oder die Sicherung der Hygiene und Atmosphäre. Damit gehört die Konzeption der hauswirtschaftlichen Leistungen zu den qualitätsbeeinflussenden Elementen der Gesundheit und des Wohlbefindens der Pflegebedürftigen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Einsichtnahme in die Dokumente, die die Planung, Durchführung und Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung für den Bereich „Unterkunft und Verpflegung“ wiedergeben, wenigstens die Verantwortlichkeiten für die Bereiche der Speisenversorgung und der Hygiene aufzeigt, und die verantwortlichen Fachkräfte ihren Anleitungs- und Überprüfungsaufgaben im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung nachvollziehbar nachkommen.

C.III.5. Werden alle für die Pflege und Versorgung der Pflegebedürftigen zuständigen Mitarbeiter(innen) an der Pflegeplanung beteiligt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung sicherstellt, dass wenigstens bereichsübergreifende Besprechungen die individuelle Pflegeplanung und die Versorgung des Pflegebedürftigen zum Inhalt haben. (vgl. auch Frage C.III.8. und Fragen zu D.II.)

C.III.6. Liegen geeignete Dienstpläne vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Aus Dienstplänen müssen alle Eintragungen zweifelsfrei nachvollziehbar sein. Die Mitarbeiter(innen) sollten an der Dienstplangestaltung beteiligt werden. Die Dienstpläne sollen für alle Mitarbeiter(innen) einsehbar sein.

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, eine ganzheitliche Pflege und Versorgung der Bewohner zu gewährleisten.“ (3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Die teilstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muß, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante Pflege und Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen zu gewährleisten. /.../.“ (vgl. 3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, inhaltsgleich 3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Dienstplan

- Aussagen zum Zeitraum der Planung, Einsatzzeit und -ort,
- vollständige Namen, Qualifikationen und Regelarbeitszeiten der Mitarbeiter(innen),
- eine Legende für Dienstzeiten und Abkürzungen,
- eine nachvollziehbare Soll-Planung und Angaben über tatsächlich geleistete Dienste sowie Ausfallzeiten sowie
- Zeiten für Teambesprechungen und Übergabezeiten enthält
- und die Unterschrift der für den Dienstplan verantwortlichen Person trägt.

(Anhand der Dienstpläne der letzten Monate zu überprüfen; vgl. auch Frage D.II.10. und D.II.11.)

Bei der Beantwortung dieser Frage ist auch zu berücksichtigen, ob Überschneidungszeiten zwischen den Diensten bestehen, die für Übergaben genutzt werden können sowie die individuellen Wünsche der Pflegebedürftigen bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden.

C.III.7. Personelle Besetzung der Pflegeeinrichtung anhand von Stichproben

Montag – Freitag										
Wohn- / Pflegebereich	Frühdienst		Spätdienst		Nachtdienst					
	Dienstzeit von:		Dienstzeit von:		Dienstzeit von:					
	bis:		bis:		bis:					
	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte
Ge- samt:										

Samstag - Sonntag										
Wohn- / Pflegebereich	Frühdienst		Spätdienst		Nachtdienst					
	Dienstzeit von:		Dienstzeit von:		Dienstzeit von:					
	bis:		bis:		bis:					
	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte	Pflegefachkräfte	sonstige Pflegekräfte
Ge- samt:										

In die Tabellen sind Durchschnittswerte anhand der Dienstpläne von zwei vollen Monaten differenziert nach Pflegefachkräften und sonstigen Pflegekräften für den Früh-, Spät- und Nachtdienst einzutragen. Die beiden letzten Spalten bieten Raum für einrichtungsspezifische Regelungen wie Zwischendienste oder geteilte Dienste. Die hier erhobenen Daten sind im Zusammenhang mit der gesamten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflegeeinrichtung zu sehen.

C.III.8. Ist die interne Informationsweitergabe sichergestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Wie?

„/.../ Die Koordination mit anderen an der Versorgung beteiligten Beschäftigten der Einrichtung wird von dem Träger der Einrichtung sichergestellt. Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch in Form von Dienstbesprechungen durchzuführen.“ (3.2.5 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„/.../ Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch durchzuführen.“ (vgl. 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nachweislich bspw. regelmäßige Dienstbesprechungen mit Ergebnisprotokollen und Teilnehmerlisten, professions- und bereichsübergreifende Teambesprechungen, Rundschreiben, Dienst-/ Verfahrensanweisungen oder Organisationshilfen zur Kommunikation wie „Reiter“ oder „Magnettafeln“ in der Einrichtung zur internen Weitergabe der Informationen über die Entwicklung und den Gesamtzustand des(r) Pflegebedürftigen genutzt werden. (vgl. auch Frage B.IV.3; B.IX.2.)

D.I.2. Allgemeine Feststellungen

D.I.2.1. Wird die Privat- und Intimsphäre des(r) Pflegebedürftigen durch die Pflegekraft gewahrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Wenn eine Pflegekraft im Umgang mit den Pflegebedürftigen beobachtet werden kann, ist bei dieser Frage zu prüfen, ob die Pflegekraft die Persönlichkeit des(r) Pflegebedürftigen respektiert und dessen Intimsphäre wahrt.

D.I.2.2. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen vor (vgl. Frage B.III.9.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

D.I.3. Angaben zum Pflege- und Allgemeinzustand des(r) Pflegebedürftigen

D.I.3.1. Gewicht (laut Pflegedokumentation)?kg

D.I.3.2. Körpergröße (laut Pflegedokumentation)?cm

D.I.3.3. Bewegungsfähigkeit/ Mobilität des(r) Pflegebedürftigen:

	Beschreibung:			
	selbstständig	mit Hilfsmittel	mit personeller Hilfe	unselbstständig
Bewegungsfähigkeit der Extremitäten				
Lageveränderung im Bett				
Aufstehen				
Stehen				
Gehen				

D.I.3.4. Wie ist der Ernährungszustand des(r) Pflegebedürftigen?

	Beschreibung:
gut/ausreichend	
kachektisch	
exsikkotisch	
adipös	
sonstiges	

Unter Berücksichtigung von Körpergröße und Gewicht ist der Ernährungszustand des(r) Pflegebedürftigen zu beschreiben.

D.I.3.5. Wie ist der Hautzustand?

	Beschreibung:
normal	
trocken	
schuppig	
gespannter Hautturgor	
schlaffer Hautturgor	
Ödeme	
Dekubitus	
Ulzerationen	
Hämatome	
sonstiges	

D.I.3.6. Welchen Zustand weist der Mund auf?

	Beschreibung:
Keine Defizite	
Schleimhaut trocken	
Schleimhaut borkige Beläge	
Zunge borkige Beläge	
Schleimhautdefekte	
Lippen trocken	
Lippen borkige Beläge	
Lippen Hautdefekte	
sonstiges	

D.I.3.7. Der(Die) Pflegebedürftige ist versorgt mit:

	Indikation / Bemerkungen z.B. zur Dauer
Magensonde	
PEG	
Inkontinenzprodukten (Vorlagen, Windelhosen)	
Suprapubischem Blasenkatheter	
Transurethralem Blasenkatheter	
Prothesen	
sonstiges	

D.I.4. Ist die vorliegende Pflegedokumentation geeignet den individuellen Zustand des(r) Pflegebedürftigen und die bei ihm(r) von der Pflegeeinrichtung durchgeführten Maßnahmen zu erfassen? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn, neben ggf. medizinischen Diagnosen/ Krankheitsbild und pflegerisch bedeutsamen Problemen, wenigstens Angaben zur Mobilität, zum Ernährungs- und Hautzustand sowie zum Zustand des Mundes, zur Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten sowie zur Orientierung und Kommunikation, wenn pflegerisch bedeutsam, und die von der Pflegeeinrichtung durchgeführten Maßnahmen sachgerecht in der Pflegedokumentation erfasst sind. (vgl. auch Fragen zu D.II.)

D.I.5. Ist die ärztliche Anordnung über und die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Pflegedokumentation eindeutig festgehalten? Ja Nein k.A.

Behandlungspflegerische Maßnahmen sind in der Pflegedokumentation zu vermerken. Eindeutig dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme dann, wenn definiert ist, welche Maßnahme wann, wie und wie oft, womit durchgeführt werden soll, z.B. welches Arzneimittel in welcher Konzentration, zu welchen Zeiten, wie häufig, in welcher Applikationsform verabreicht wird oder welche Wunde wie häufig, in welcher Form, mit welchen Arzneimitteln und welchem Verbandsmaterial versorgt werden soll. (vgl. Frage B.V.1.)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Anordnung bzw. Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Pflegedokumentation eindeutig dokumentiert und nachvollziehbar sind.

D.I.6. Werden Arzneimittel vorschriftsmäßig gelagert? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Arzneimittel in allen Wohnbereichen gesichert und bei Bedarf - getrennt von Nahrungsmitteln - im Kühlschrank gelagert werden.

D.I.7. Wird die Vorbereitung/ Bereitstellung von Arzneimitteln anhand der Angaben in der Pflegedokumentation durch eine ausgebildete Pflegefachkraft vorgenommen? Ja Nein k.A.

Um Fehlerquellen bei der Verabreichung von Arzneimitteln und zugleich unnötige Schreibarbeit zu vermeiden, sollten die Arzneimittel ausschließlich nach den Angaben der Pflegedokumentation vorbereitet werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson nachvollziehbar ist, dass der oben genannten Maßgabe gefolgt wird. (vgl. Frage B.V.2; C.III.; D.II.)

Mögliche Zusatzfrage:

D.I.8. Wird von den Pflegekräften den Pflegebedürftigen gegenüber die gewünschte Anrede benutzt? Ja Nein k.A.

Wenn eine Pflegekraft im Umgang mit den Pflegebedürftigen beobachtet werden kann, ist bei dieser Frage zu prüfen, ob die Pflegekraft die(den) Pflegebedürftige(n), so wie sie(er) es wünscht, anspricht.

D.II. Umsetzung der pflegefachlichen Grundlagen

Die Beantwortung mit „keine Angabe“ ist dann zu wählen, wenn der allgemeine Gesundheitszustand des(r) Pflegebedürftigen keine differenzierte Planung des Pflegeprozesses erforderlich macht oder er(sie) bestimmte Informationen der Pflegeeinrichtung nicht zur Verfügung stellt, wie z.B. Angaben zur Lebensgeschichte.

D.II.1. Wurden alle wesentlichen Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn im Stammbblatt oder an anderer Stelle in der Dokumentation die betreffenden Daten dokumentiert worden sind. (vgl. auch Frage B.V.1.)

D.II.2. Ist eine Pflegeanamnese durch eine Pflegefachkraft erstellt worden? Ja Nein

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Gesundheitsgeschichte und persönliche Pflegegewohnheiten und die Gesamtbeschreibung der aktuellen Situation (Ist-Zustand) durch eine Pflegefachkraft dokumentiert worden sind.

D.II.3. Enthält die Pflegeanamnese Angaben zur Biografie? Ja Nein k.A.

Bei einer biografischen Informationssammlung geht es um die Erfassung von für die Pflege, Betreuung und Versorgung wichtigen Aspekten der Lebensgeschichte. Es sollten - mit Einwilligung des(r) Pflegebedürftigen oder ggf. der Vertreter (sonst „keine Angabe“) - die wichtigsten Lebenserfahrungen, Kommunikationsarten und typischen Verhaltensweisen zusammengetragen werden. Von besonderer Bedeutung ist die Biografie bei Pflegebedürftigen mit dementiellen Erkrankungen. Die biografische Arbeit ist essentieller Bestandteil der Begleitung von Menschen auf einem längeren Lebensweg. Die Vergangenheit ist für das Verstehen des(r) Pflegebedürftigen in der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation von großer Bedeutung. Begebenheiten aus der Vergangenheit können für das heutige Erleben und Verhalten des(r) Pflegebedürftigen Hinweise geben. Die Kenntnis der Vergangenheit und der regionalen Herkunft des(r) Pflegebedürftigen ermöglichen ein besseres Verständnis für individuelle Gewohnheiten, Traditionen und Werte des(r) Pflegebedürftigen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in einem gesonderten Dokumentationsblatt zur Biografie oder an anderer Stelle in der Pflegedokumentation biografische Daten des(r) Pflegebedürftigen - seine Einwilligung vorausgesetzt - dokumentiert sind.

D.II.4. Enthält die Pflegedokumentation differenzierte Aussagen zu Ressourcen/ Fähigkeiten und Problemen/ Defiziten des(r) Pflegebedürftigen? Ja Nein k.A.

Die systematische Durchführung der Pflege nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege ist nur möglich auf der Basis einer Sammlung von Informationen über die Ressourcen/ Fähigkeiten (Selbstpflege- und Selbsthilfefähigkeit) sowie Probleme/ Defizite (eingeschränkte Unabhängigkeit in einer Lebensaktivität).

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn im Detail Ressourcen/ Fähigkeiten und Probleme/ Defizite des(r) Pflegebedürftigen in der Pflegedokumentation dokumentiert sind.

D.II.5. Sind individuelle Pflegeziele formuliert?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der Langzeitpflege steht in der Regel die Erhaltung vorhandener Fähigkeiten im Vordergrund der pflegerischen Zielsetzung. Unter Pflegezielen wird ein erwartetes, konkret formuliertes Ergebnis verstanden. Nur mit der Definition von Pflegezielen ist ein einheitliches und zielgerichtetes Arbeiten möglich. Funktionen von Pflegezielen sind die Beteiligung des(r) Pflegebedürftigen an der Pflege, die Lenkung der Pflegeinterventionen sowie die Aufstellung von Kriterien zur Beurteilung der Effektivität der Pflege.

Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein. Sie werden unterteilt in Fernziele, wie möglichst optimale Lebensqualität, größtmögliche Unabhängigkeit in bestimmten Lebensbereichen, Neuorientierung im Leben, Aufrechterhaltung der familiären Beziehungen und Nahziele, wie Beschreibungen über das angestrebte Verhalten, Handeln, Zustand, Wissen, Können i. S. der Selbstständigkeit oder der Erhaltung vorhandener Fähigkeiten. Pflegeziele sollten sich an den Wünschen der Pflegebedürftigen orientieren. Wichtig ist, dass die Anzahl der definierten Pflegeziele überschaubar ist. Über die Zieldatierung der Pflegeziele werden die Zielerreichung, die Planungsüberprüfung, Neuformulierung von Problemen und Zielen erkennbar.

Die Frage ist mit „Ja“ zu bewerten, wenn Pflegeziele in der Pflegedokumentation formuliert sind und nach Einschätzung der Prüfperson im inhaltlichen Zusammenhang mit den festgestellten Ressourcen und Defiziten stehen.

D.II.6. Sind auf der Grundlage der Probleme, Fähigkeiten und Ressourcen individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten“ (§ 11 Abs. 1 SGB XI). Diese gesetzliche Verpflichtung für Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI ist bei der Prüfung der Qualität der Pflege, Betreuung und Versorgung durch mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen.

Die aktivierende Pflege soll den Pflegebedürftigen helfen, trotz eines Hilfebedarfs eine möglichst weitgehende Selbstständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben,

- vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass sich gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Menschen in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Im Zusammenhang mit der Aktivierung der Pflegebedürftigen sind insbesondere die Maßnahmen und Verfahren der Pflegeeinrichtung zur

- Mobilisierung,
 - Umgang mit Hilfsmitteln,
 - Rehabilitation,
 - Einbeziehung der Angehörigen
- zu prüfen.*

Die geplanten individuellen Pflegemaßnahmen müssen auf der Basis der in der Pflegeanamnese ermittelten Probleme und Ressourcen der Erreichung der aufgestellten Pflegeziele dienen. Die geplanten Pflegemaßnahmen müssen handlungsleitend formuliert sein, um eine kontinuierliche und individuelle Versorgung des(r) Pflegebedürftigen durch alle Mitarbeiter(innen) zu gewährleisten. Das heißt, sie sollten Aussagen darüber enthalten, wann, wie oft, welche Maßnahmen mit welchen Mitteln durchgeführt werden. Dabei kommt der Zielsetzung der aktivierenden Pflege besondere Bedeutung zu.

„Das Ergebnis der Pflege und Versorgung ist regelmäßig zu überprüfen. Hierbei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die aktivierende Pflege zielorientiert durchgeführt worden ist sowie die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners Berücksichtigung gefunden haben. Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege und Versorgung Beteiligten /.../ zu erörtern und zu dokumentieren. In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengeworbenen sind,
- der Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
- der Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit,
- der Bewältigung von Krisensituationen
- der Ermöglichung der Teilhabe am sozialen Umfeld und der Wahl- und Mitspracherechte sowie
- dem Grad der Zufriedenheit des Bewohners.“

(vgl. 3.3.1 und 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele regelmäßig zu überprüfen. Hierbei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die Ziele aktivierender Pflege sowie die angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen im Pflegeprozeß Berücksichtigung gefunden haben. Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten. In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung und Verbesserung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengeworbenen sind,
- der Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
- der Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit. Darüber hinaus ist ggf. Stellung zu nehmen zu dem Abbau von Ängsten, der Überwindung von Antriebsschwächen sowie der Bewältigung von Überreaktionen.“

(vgl. 3.3.1 und 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„/.../ Erfolgt die Kurzzeitpflege aufgrund einer kurzfristig erheblichen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit oder im Anschluß an eine stationäre Behandlung, ist der individuelle Pflegeprozeß darauf auszurichten, einen erneuten stationären Aufenthalt zu vermeiden und den Übergang in die häusliche Pflege zu ermöglichen. /.../ Die Pflegeplanung muß der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden und die Versorgung im Anschluß an den Kurzzeitpflegeaufenthalt berücksichtigen. /.../ Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele zum Abschluß des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung zu überprüfen. Hierbei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die Ziele aktivierender Pflege sowie die angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen im Pflegeprozeß Berücksichtigung gefunden haben. Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten. In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung und Verbesserung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengeworbenen sind,
- der Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
- der Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit. Darüber hinaus ist ggf. Stellung zu nehmen zu dem Abbau von Ängsten, der Überwindung von Antriebsschwächen sowie der Bewältigung von Überreaktionen.“

(vgl. 3.2.2.1; 3.3.1 und 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn im Rahmen der Pflegedokumentation bezogen auf die Besonderheiten des Einzelfalls nachvollziehbar Stellung zu den o.g. Aspekten genommen wird.

D.II.7. Entsprechen die durchgeführten Maßnahmen den geplanten Maßnahmen?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die geplanten Maßnahmen müssen nachvollziehbar durchgeführt werden. Zum Nachweis hierzu kann ein Durchführungskontrollbogen oder Durchführungsnachweis dienen, in dem die durchzuführenden Pflegemaßnahmen aufgelistet sind und von den durchführenden Pflegekräften mit Datum, tageszeitlicher Zuordnung und Handzeichen abgezeichnet werden. Dieser Sachverhalt sollte durch einen Abgleich mit dem Dienstplan bestätigt werden. (vgl. Frage C.III.7; D.II.10.; D.,II.11. und D.II.14.)

D.II.8. Werden bei der individuellen Pflegeprozessplanung prophylaktische Maßnahmen berücksichtigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

„Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.“ (vgl. § 1 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege)

Zu den gesundheitsfördernden und -erhaltenden Aufgaben der Pflegekräfte gehört die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und Begleiterkrankungen. Grundsätze prophylaktischer Pflege, die dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, sind in die individuelle Pflegeprozessplanung einzubeziehen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus Sicht der Prüfperson notwendige prophylaktische Maßnahmen bei der individuellen Pflegeprozessplanung ausreichend berücksichtigt werden.

D.II.9. Sind die angewandten Leitlinien/ Standards/ Richtlinien zur pflegerischen Versorgung der individuellen Situation des(r) Pflegebedürftigen angepasst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

„/.../ Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung der Leistungen anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor.“ (vgl. 1.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, inhaltsgleich 1.3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege und 1.3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die angewandten Leitlinien/ Standards /Richtlinien zur pflegerischen Versorgung der individuellen Situation des(r) Pflegebedürftigen nachvollziehbar angepasst worden sind.

D.II.10. Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeiter(inne)n mit Handzeichen bestätigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Die geplanten Maßnahmen müssen nachvollziehbar durchgeführt werden. Zum Nachweis hierzu kann ein Durchführungskontrollbogen oder Durchführungsnachweis dienen, in dem die durchzuführenden Pflegemaßnahmen aufgelistet sind und von den durchführenden Pflegekräften mit Datum, tageszeitlicher Zuordnung und Handzeichen abgezeichnet werden. Dieser Sachverhalt sollte durch einen Abgleich mit dem Dienstplan und/oder Einsatzplan bestätigt werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn alle geplanten Pflegemaßnahmen (einschließlich verordneter medizinischer Behandlungspflege) zeitnah und nachvollziehbar nach Durchführung mit Handzeichen gekennzeichnet sind sowie Datum und tageszeitliche Zuordnung nachvollziehbar sind. (Zu prüfen anhand eines Abgleichs des Dienstplanes mit der Pflegedokumentation)

D.II.11. Werden Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft, definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst und im Pflegebericht dokumentiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------

Die Ergebnisse der Pflegemaßnahmen müssen regelmäßig im Pflegebericht dokumentiert und überprüft werden. Maßstab für die Überprüfung sind die vorab definierten Pflegeziele. Der Zeitabstand der Überprüfung der Pflegeergebnisse kann abhängig von den Pflegezielen oder in festgelegten Zeitabständen erfolgen.

„Das Ergebnis der Pflege und Versorgung ist regelmäßig zu überprüfen /.../ mit den an der Pflege und Versorgung Beteiligten /.../ zu erörtern und zu dokumentieren.“
(vgl. 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

„Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele regelmäßig zu überprüfen. /.../ ist mit den an der Pflege Beteiligten zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.“
(vgl. 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege)

„Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele zum Abschluß des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung zu überprüfen. /.../ ist mit den an der Pflege Beteiligten zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.“ (vgl. 3.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass

- Pflegeergebnisse regelmäßig durch die verantwortliche Pflegekraft überprüft und
- Pflegeziele und Pflegemaßnahmen angepasst werden.

D.II.12. Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter(innen) der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei pflegerelevanten Veränderungen in der Situation der Pflegebedürftigen (z.B. Pflegeerfolge, Gesundheitsverschlechterung, Zustand nach durchgeführter Rehabilitation, aktuellen Ereignisse wie Stürze, physische und psychische Befindlichkeiten wie Schmerzen, Freude, Angst) muss eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflegeziele und der Pflegemaßnahmen immer erfolgen.

„/.../ Soweit die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln festgestellt wird, informiert die Pflegeeinrichtung mit Zustimmung des Pflegebedürftigen hierüber die Angehörigen und/oder die Pflegekasse.“ (vgl. 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass

- bei pflegerelevanten Veränderungen in der Situation der Pflegebedürftigen (z.B. bei Stürzen oder akuten gesundheitlichen Veränderungen der Pflegebedürftigen) der Pflegebericht wenigstens die aktuelle Befindlichkeit widerspiegelt und Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zeitnah überprüft und angepasst werden sowie
- ggf. entsprechende Mitteilungen der teilstationären Einrichtung oder der Einrichtung der Kurzzeitpflege mit Zustimmung der Pflegebedürftigen an die Angehörigen/ Pflegekassen vorgesehen oder bereits erfolgt sind.

D.II.13.	Ist von der Pflegeeinrichtung dokumentiert, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch die Pflegeeinrichtung, den Pflegebedürftigen, Angehörige, oder andere Pflegepersonen erbracht werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

„/.../ Dabei ist festzustellen, welche Leistungen im Rahmen des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, die Pflegeeinrichtung oder andere an der Pflege beteiligte Personen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen ist dabei Rechnung zu tragen. /.../ Dabei ist die Abgrenzung der Leistungserbringung zu Leistungen anderer an der Pflege Beteiligter aufzuführen. /.../.“ (vgl. 3.2.2.1 und 3.2.2.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist für teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, welche Leistungen die Pflege und Versorgung durch Angehörige oder andere an der Pflege Beteiligte (auf deren Wunsch) erbracht werden, für vollstationäre Einrichtungen ist „keine Angabe“ als Antwort vorgesehen.

D.II.14.	Ist nach Abgleich des Dienstplanes mit der Pflegedokumentation in Verbindung mit der Handzeichenliste eine personelle Kontinuität ersichtlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------	---	--------------------------------	----------------------------------

Maßstab für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen ist u.a., dass diese von einem überschaubaren Kreis von Pflegekräften gepflegt und versorgt werden. Nur so kann es gelingen, eine Vertrauensbeziehung zwischen den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den an der Pflege Beteiligten zu schaffen. (vgl. sinn gemäß Abschnitt 1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

„Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist bei der Betreuung Pflegebedürftiger größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen. /.../.“ (vgl. 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn anhand der Dienstpläne in Verbindung mit einer Pflegedokumentation eine Kontinuität der pflegerischen Versorgung erkennbar ist. (vgl. Frage C.III.6, C.III.7. und D.II.10.)

Bei der Beantwortung der Frage ist zu berücksichtigen, ob (auch vor dem Hintergrund der organisatorischen Möglichkeiten insbesondere bei teilstationären und bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege) den angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen nach einem überschaubaren „Pflegeteam“ Rechnung getragen worden ist.

D.III. Umgang mit einzelnen pflegerisch bedeutsamen Diagnosen

Die unter diesem Abschnitt aufgeführten Fragen können selbstverständlich nur in das Prüfergebnis eingehen, wenn der(die) ausgewählte Pflegebedürftige auch entsprechende pflegerisch bedeutsame Diagnosen aufweist. Als Orientierung für die Vorauswahl der zu befragenden Pflegebedürftigen können die Angaben in der Pflegedokumentation dienen. Insgesamt handelt es sich hierbei um eine Spezifizierung der Angaben in Teil D.I. und D.II., um dadurch gezielte Hinweise auf die Versorgung bei vorliegendem oder drohendem Dekubitus, die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung und die Versorgung bei Inkontinenz der Pflegebedürftigen zu erhalten.

D.III.1. Wird bei Dekubitusgefahr bzw. vorliegendem Dekubitus mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Dekubitusversorgung sollte nach den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen. Demnach sollten die Prinzipien lokale Druckentlastung und therapeutische Lagerung, Nekroseentfernung und Wundreinigung, Sanierung der Lokalinfektion, Diagnostik und ggf. Behandlung der Lokalinfektion, physiologischer Wundverband, Beseitigung und Behandlung von Risikofaktoren berücksichtigt werden.

Bei bestehendem Dekubitus werden Lagerungshilfen und ggf. Antidekubitusmatratzen eingesetzt. Grundsätzlich sollte das Lagern von Pflegebedürftigen die Selbstständigkeitsförderung bzw. -erhaltung zum Ziel haben. Nur wenn die Lagerung auf einer Normalmatratze nicht ausreicht, sollten Spezialmatratzen oder Spezialbetten benutzt werden. Je mehr Lagerungshilfsmittel eingesetzt werden, desto immobilierter werden Pflegebedürftige. Weich- und Hohllagerung führen eher zu einer Immobilität. Um den Auflagedruck möglichst gering zu halten, sollte soviel Körperoberfläche wie möglich aufliegen. Da bei der Oberkörperhochlagerung die Dekubitusgefährdung extrem zunimmt, wenn die Hüftbeugung nicht mit der Bettabknickung übereinstimmt, sollte auf eine korrekte Hüftabbeugung geachtet werden. Soweit möglich, werden Pflegebedürftige mobilisiert.

Es ist besonders auf eine ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr zu achten.

Eine fachgerechte Hautpflege wird durchgeführt. Seifen sollten möglichst nur bei groben Verschmutzungen eingesetzt werden. Werden Seifen oder andere Waschzusätze benutzt, sollte mit klarem Wasser nachgewaschen werden. Bei trockener Haut sollten keine Seifen eingesetzt und nach dem Waschen sollte die Haut nachgefettet werden. In der Regel eignen sich hierzu Wasser-in-Öl-Präparate am besten.

Bei vorliegendem Dekubitus ist die Entstehung, der Verlauf, und die Behandlung nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Beschreibung des Dekubitus erfolgt mit Hilfe gängiger Stadieneinteilungen (z.B. nach Seiler) und ergänzender konkreter Beschreibungen, hierzu kann ggf. ein spezielles Dokumentationsblatt herangezogen werden.

Erforderliche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe werden in der Maßnahmenplanung berücksichtigt. Regelmäßige Umlagerung ist die wirksamste Vorbeugung. Erforderliche Lagerungen werden ggf. über einen Lagerungsplan/ Bewegungsförderungsplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Ein Lagerungswechsel sollte mindestens im Abstand von zwei Stunden durchgeführt werden, es sei denn, es hat sich gezeigt, dass sich auch bei längeren Lagerungsintervallen keine Rötung der Haut ergibt. Individuelle Lagerungsintervalle sind zu ermitteln und zu dokumentieren. Geeignete Lagerungsformen sind insbesondere die 30°-Schräglagerung, die 135°-Schräglagerung, die schiefe Ebene, die 5-Kissen- und 3-Kissen-Lagerung, die V-, A-, T- und I-Lagerung.

Ein bestehendes Dekubitusrisiko wird ggf. mit Hilfe einer Skala zur Ermittlung des Dekubitusrisikos (z.B. Braden-Skala, Norton-Skala, Medley-Skala, Waterlow-Skala) erkannt. Die Anwendung solcher Skalen erleichtert die anfängliche Einschätzung des Dekubitusrisikos, bereits bevor eine Rötung eingetreten ist. Ebenso erleichtert die Nutzung solcher Skalen die laufende Dokumentation.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird. Bei der Einschätzung sollten die oben beispielhaft genannten Kriterien miteinbezogen werden.

D.III.2. Wird bei Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?	Ja	Nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschränkungen in der Fähigkeit zur selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden erkannt. Um ältere Menschen hinsichtlich ihrer Ernährung einschätzen zu können, sollten insbesondere psychische, physische und sozioökonomische Faktoren, die auf die Ernährung Einfluss nehmen sowie frühere Essgewohnheiten ermittelt und Beobachtungen berücksichtigt werden. Z.B. sind in manchen Fällen Verwirrheitszustände das Ergebnis von Mangelernährung. Desorientierte Menschen können sich häufig nicht daran erinnern, wann und was sie zuletzt gegessen bzw. getrunken haben, so dass sie entweder zu häufig oder gar nicht essen oder trinken. Physische Faktoren, wie z.B. eine schlecht sitzende Zahnprothese, Schluckstörungen, Verdauungsstörungen oder Inkontinenz, haben Auswirkungen auf die Ernährungssituation. Die Einschätzung der früheren Essgewohnheiten ist für die Beurteilung der Ernährungssituation erforderlich, z.B. ob der Appetit des(r) Pflegebedürftigen sich verändert hat. Insbesondere die Beobachtung des Gewichts ist häufig erforderlich.

Erforderliche und geeignete Trink- und Esshilfen werden eingesetzt. Z.B. ist eine Schnabellasse für gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Pflegebedürftige häufig ungeeignet, da die Flüssigkeit ungehindert in Mund und Rachen fließen kann.

Die erforderliche Menge für Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung wird, ggf. in Kooperation mit dem Hausarzt, festgelegt (z.B. Trinkmenge in ml und Nahrungsmenge in Kalorien, insbesondere bei Sondenernährung). Die deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt für die Altersgruppe der über 65jährigen eine tägliche Kalorienzufuhr von 1700 bis 1900 Kilokalorien.

Die erforderliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wird ggf. über einen Trink-/ Bilanzierungs- oder Essplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt bzw. sichergestellt und dokumentiert.

Bei Sondenernährung wird, soweit keine Kontraindikationen vorliegen, Nahrung und Flüssigkeit zusätzlich angereicht. Sondenkost wird sachgerecht gelagert. Bei liegender PEG wird während der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr auf eine angemessene Lagerung geachtet (Oberkörperhochlagerung).

Erforderliche Mundpflege wird durchgeführt.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird. Bei der Einschätzung sollten die oben beispielhaft Kriterien miteinbezogen werden.

D.III.3. Wird bei Inkontinenz mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen? Ja Nein k.A.

Die Inkontinenz wird erkannt. Inkontinenz ist ein Symptom, dessen Ursache medizinisch diagnostiziert werden sollte. Mit Hilfe des Miktionsprotokolls (auch Erfassungsblatt, Miktionsstundenplan) können der Typ, das Ausmaß und die Häufigkeit einer Inkontinenz ermittelt werden.

Geeignete Inkontinenzprodukte werden bedarfsgerecht eingesetzt. Hilfsmittel sollen der Kompensation von Funktionsdefiziten dienen und die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen unterstützen, erhalten oder fördern. Das heißt, Inkontinenzprodukte sollten nicht zur Zeitersparnis der Mitarbeiter eingesetzt werden. Die angewendeten Inkontinenzprodukte sollten den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entsprechen, z.B. Größe und Art der Inkontinenzprodukte sollten an Ausscheidungsmenge, Tageszeit angepasst sein.

Erforderliche Pflegemaßnahmen werden unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Nach Möglichkeit werden Toilettengänge individuell oder nach festen Rhythmen geplant und durchgeführt. Insbesondere bei Stress-, Drang- und gemischter Inkontinenz ist als Kontinenztraining das sogenannte Toilettentraining indiziert. Wirkungslos ist dieses Training bei schweren Sphinkterdefekten (z.B. permanentes Urintröpfeln nach Prostatektomie) und bei einer Überlaufblase mit ständigem Tröpfeln. Bei Pflegeheimbewohner(inne)n konnte gezeigt werden, dass ein Toilettentraining selbst bei funktionell schwer beeinträchtigten geriatrischen Patienten signifikant die Schwere (Frequenz, Volumen) der Harninkontinenz reduzieren kann. 40 % dieser Betroffenen sprechen auf ein Toilettentraining gut an.

Es gibt verschiedene Formen des Toilettentrainings (nach individuell ermittelten Miktionszeiten; nach festen Zeiten; als angebotener Toilettengang). Vor dem Hintergrund der vom Pflege-Versicherungsgesetz geforderten aktivierenden und individuellen Pflege sollte das Toilettentraining nach dem individuellen Rhythmus der Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Dieses Training orientiert sich an den Trink- und Miktionszeiten, die über mehrere Tage individuell in einem Miktionsprotokoll erfasst werden. Eine solche Analyse ist auch bei dementen oder vergesslichen Pflegebedürftigen möglich. Ziel des Trainings ist die größtmögliche Selbstständigkeit und die Reduzierung der Inkontinenz. Auch wenn damit nicht (immer) eine vollständige Kontinenz erreicht werden kann, kann die Lebensqualität der Pflegebedürftigen durch eine Reduzierung der harninkontinenten Episoden, z.B. am Tag, gesteigert werden. Eine adäquate Hilfsmittelversorgung sollte ergänzend durchgeführt werden.

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr wird sichergestellt. Das Toilettentraining sollte durch ein auf die Inkontinenz abgestimmtes Trinkverhalten flankiert werden. Die Umgebungsbedingungen (Kleidung, Wege, Orientierung, behindertengerechte Sanitäranlagen etc.) sollten überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Ggf. ist ein begleitendes Beckenbodentraining sinnvoll.

Eine fachgerechte Haut- und Intimpflege wird durchgeführt und hygienische Maßnahmen werden eingehalten (Lagerung/ Entsorgung).

Eine ggf. erforderliche Katheterversorgung wird nach ärztlicher Anordnung von Fachkräften oder vom Arzt durchgeführt (z.B. geschlossenes Urinauffangsystem, Auffangbeutel hängt unter Blasenniveau, Blasenspülungen werden nicht routinemäßig durchgeführt). Katheterwechsel werden ggf. in Kooperation mit dem Haus- bzw. Facharzt in angemessenen Abständen durchgeführt. Bei suprabubischem Katheter wird sichergestellt, dass auf Grundlage einer ärztlichen Anordnung ein regelmäßiger Verbandswechsel und ggf. eine sachgerechte Wundversorgung von Fachkräften oder vom Arzt durchgeführt wird.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für die Prüfperson erkennbar ist, dass mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird. Bei der Einschätzung sollten die oben beispielhaft genannten Kriterien mit einbezogen werden.

D.IV. Befragung des (der) Pflegebedürftigen

Sofern de(die)r von der Prüfperson ausgewählte Pflegebedürftige dies wünscht, sind Angehörige, Vertreter(innen) des Heimbeirates oder Mitarbeiter(innen) der Pflegeeinrichtung, zum Gespräch hinzuzuziehen. Maßgeblich sind die Aussagen des(r) Pflegebedürftigen, wobei generell zu berücksichtigen ist, dass bei der Befragung nur „qualitätsgebundenen Leistungen“ im Sinne der PflegePrüfV im Vordergrund der Prüfung durch die Prüfperson zu stehen haben. Die Angaben des(r) Pflegebedürftigen sind mit den in Teil A bis D.II. gemachten Angaben zu vergleichen, bei einem Widerspruch bspw. zum Durchführungs-/ Leistungsnachweis in der Pflegedokumentation ist zur Klärung ggf. der Heimvertrag mit heranzuziehen.

D.IV.1. Wurden Ihre Wünsche und Erwartungen zur Pflege und Versorgung erfragt (z.B. beim Aufnahmegespräch bzw. der Anamneseerhebung)? Ja Nein k.A.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder der Angehörigen die Wünsche und Erwartungen zur pflegerischen Versorgung bei dem Aufnahmegespräch bzw. der Anamneseerhebung erfragt worden sind. Zum Beispiel bezüglich der Lebensgewohnheiten, des Lebensstils, der gewohnten Umgangsformen mit der eigenen Körperpflege, der Vorlieben etc.

D.IV.2. Wurden Ihre Wünsche und Erwartungen zur Pflege und Versorgung im weiteren berücksichtigt? Ja Nein k.A.

Wenn ja, wie?

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn nach Auffassung des(r) Pflegebedürftigen und/oder der Angehörigen diese Wünsche und Erwartungen zur pflegerischen Versorgung bei der Pflege überwiegend berücksichtigt werden.

D.IV.3. Wird bei der Ausstattung und Gestaltung der Räumlichkeiten Ihren Wünschen Rechnung getragen? Ja Nein k.A.

Wenn ja, wie?

„Dem Wunsch des Pflegebedürftigen nach Wohnen in einem Einzel- oder Doppelzimmer soll Rechnung getragen werden. Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben. Die Wohnräume der Pflegebedürftigen sind so zu gestalten, dass sie den angemessenen individuellen Wünschen und Bedürfnissen nach Privatheit und Wohnlichkeit entsprechen. Die Aufstellung eigener Möbel und die Mitnahme persönlicher Dinge, insbesondere eigener Wäsche ist möglich.“ (3.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI vollstationäre Pflege)

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn sich der(die) Pflegebedürftige zufrieden äußert. (vgl. B.III.6.)

D.IV.4. Werden Sie von den Mitarbeiter(inne)n immer so angesprochen, wie Sie es wünschen? Ja Nein k.A.

D.IV.5. Haben Sie den Eindruck, dass alle Mitarbeiter(innen), die zu Ihnen kommen, über Ihre aktuelle persönliche Pflegesituation gut informiert sind? Ja Nein k.A.

- D.IV.6. Wird die Körperpflege Ihren individuellen Wünschen entsprechend erbracht?** Ja Nein k.A.

Die Frage bezieht sich darauf, ob individuelle Vorlieben, Rituale, Gewohnheiten und die Intimsphäre bei der Leistungserbringung berücksichtigt werden, die Uhrzeiten zu denen die Leistungen im Bereich der Körperpflege erbracht werden, den individuellen Bedürfnissen des(r) Pflegebedürftigen entsprechen oder die Häufigkeiten von Duschen und Baden den individuellen Bedürfnissen des(r) Pflegebedürftigen entsprechen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn sich der(die) Pflegebedürftige zufrieden äußert.

- D.IV.7. Werden Sie von den Mitarbeiter(inne)n der Pflegeeinrichtung unterstützt oder motiviert, sich teilweise oder ganz selber anzuziehen?** Ja Nein k.A.

- D.IV.8. Erhalten Sie immer Hilfe bei der Ausscheidung, wenn Sie diese benötigen?** Ja Nein k.A.

- D.IV.9. Entspricht die Speiserversorgung in der Einrichtung Ihren individuellen Bedürfnissen?** Ja Nein k.A.

Die Frage bezieht sich darauf, ob beim Mittagessen Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Gerichten bestehen, Mittagsmahlzeiten ausreichend warm sind, das Essen schmeckt, die Mahlzeiten ausreichend sind, die Uhrzeiten der Mahlzeiten den individuellen Bedürfnissen der(die) Pflegebedürftigen entsprechen oder die Möglichkeit besteht, den Ort der Nahrungsaufnahme (Speiseraum, eigenes Zimmer etc.) frei zu wählen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der(die) Pflegebedürftige sich zufrieden äußert.

- D.IV.10. Erhalten Sie immer dann von den Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung Hilfe bei der Nahrungsaufnahme oder bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrung, wenn Sie diese benötigen?** Ja Nein k.A.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der(die) Pflegebedürftige nach eigenen Angaben immer dann Hilfe z.B. bei der mundgerechten Zubereitung (z.B. Schmieren, Belegen von Broten, Kleinschneiden von Broten oder Fleisch) erhält, wenn er (sie) diese benötigt.

- D.IV.11. Bekommen Sie Ihrer Meinung nach ausreichend zu trinken angeboten?** Ja Nein k.A.

- D.IV.12. Können Sie die Uhrzeit des Aufstehens und Zubettgehens selbst wählen?** Ja Nein k.A.

- D.IV.13. Entsprechen die Angebote der Einrichtung zur Unterhaltung und Beschäftigung Ihren individuellen Interessen?** Ja Nein k.A.

- D.IV.14. Entspricht die Zimmerreinigung Ihren Ansprüchen und Wünschen?** Ja Nein k.A.

D.IV.15. Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven verändert? Ja Nein k.A.

Wenn ja, weshalb haben Sie sich beschwert?

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn sich aus Sicht des(r) Pflegebedürftigen und/oder der Angehörigen nach einer Beschwerde etwas zum Positiven verändert hat.

D.IV.16. Sind Sie insgesamt zufrieden? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?