


# Bundesanzeiger



Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz

ISSN 0720-6100

G 1990 A

Jahrgang 48

Ausgegeben am Donnerstag, dem 15. August 1996

Nummer 152a

**Bekanntmachung**  
**der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität**  
**und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur**  
**Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI**  
**in der ambulanten Pflege**

Vom 31. Mai 1996

**Bekanntmachung**  
**der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität**  
**und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur**  
**Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI**  
**in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)**

Vom 31. Mai 1996

**Bekanntmachung**  
**der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität**  
**und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur**  
**Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI**  
**in der Kurzzeitpflege**

Vom 31. Mai 1996



- staatlich anerkannte Altenpflegerinnen/Altenpfleger,
- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen/Familienpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- Haus- und Familienpflegehelferinnen und -helfer,
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter,
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter,
- Dorfhelferinnen/Dorfhelfer,
- Familienbetreuerinnen/Familienbetreuer.

Hilfskräfte und angeleitete Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

**3.1.4 Kooperationen mit anderen ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten**

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 bei dem zugelassenen Pflegedienst bestehen.

**3.2 Prozeßqualität**

Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung hat der Pflegedienst folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

**3.2.1 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,
- die personelle Ausstattung,
- die Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit des Pflegedienstes,
- Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten,
- Wahrnehmung von Beratungsfunktionen,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

**3.2.2 Pflegeprozeß**

**3.2.2.1 Erstbesuch/Anamnese**

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 dabei Rechnung zu tragen.

Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten.

Soweit sich die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln und der Anpassung des Wohnraumes ergibt, informiert der Pflegedienst hierüber die Pflegekasse, die das Weitere veranlaßt.

**3.2.2.2 Pflegeplanung**

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.

**3.2.3 Der Pflegedienst hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten.** Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Sie ist beim Pflegebedürftigen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim Pflegebedürftigen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim Pflegedienst zu führen.

Zwischen den an der Pflege Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden. Innerhalb des Pflegedienstes

**3.2.4** 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.

**3.2.5** Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige vom Pflegedienst beraten und in gesundheitsfördernden und -sichernden Arbeits- bzw. Pflegetechniken unterstützt.

**3.2.6** 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.

**3.3 Ergebnisqualität**

**3.3.1** 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 Betroffenen im Pflegeprozeß Berücksichtigung gefunden haben.

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.

**3.3.2** In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- 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.

**4 Maßnahmen des Pflegedienstes zur Qualitätssicherung**

**4.1** 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.

**4.2** Die Pflegedienste haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

**5 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen**

**5.1** Wird von einer Pflegekasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist über die Landesverbände der Pflegekassen eine Prüfung einzuleiten.

**5.2** Dem Träger des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, ist die Durchführung, der Gegenstand, der Umfang sowie der Zeitpunkt der Prüfung mitzutellen.

5.3 Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem bestellten Sachverständigen innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zum Pflegedienst zu gewähren.

5.4 Vom Träger des Pflegedienstes oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

5.5 Grundlage der Prüfung bilden u. a. die Pflegedokumentationsunterlagen (vgl. Punkt 3.3).

5.6 Über die Qualitätsprüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

aufgezeigt werden. Der Bericht geht innerhalb von sechs Wochen nach Abschluß der Prüfung dem Träger des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, zu.

#### 6 Inkrafttreten, Kündigung

6.1 Die Vereinbarung tritt am 1. April 1995 in Kraft.

6.2 Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende, frühestens aber zum 31. Dezember 1998 gekündigt werden.

Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vereinbarungspartner, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

Siegburg, den 31. Mai 1996

- AOK-Bundesverband, Bonn  
BKK-Bundesverband, Essen  
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach  
See-Krankenkasse, Hamburg  
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
Bundesknappschaft, Bochum  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg  
AEV – Arbeiter-Ersatz-Kassen-Verband e. V., Siegburg  
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe  
Für die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände:  
– Deutscher Städtetag, Köln  
– Deutscher Landkreistag, Bonn  
– Deutscher Städte- und Gemeindebund, Düsseldorf  
Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e. V., Bonn  
Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg  
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Frankfurt a. M.  
Deutsches Rotes Kreuz e. V., Bonn  
Diakonisches Werk EKD e. V., Stuttgart  
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn  
Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover  
Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Bundesgeschäftsstelle, Bremerhaven  
Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V., Hannover  
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin  
Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen

# Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege -

Vom 31. Mai 1996

## Vorbemerkungen

Gemäß § 80 SGB XI vereinbaren 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 gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Sie arbeiten dabei mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Die nachstehend veröffentlichten Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege wurden am 10. Juli 1995 beschlossen. Nach Abschluß des Unterschriftenverfahrens erfolgt nunmehr die Veröffentlichung.

## Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995 (In der Fassung vom 31. Mai 1996)

der Spitzenverbände der Pflegekassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK-Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kessel
- Bundesknappschaft, Bochum
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
- AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

und

der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe,

der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, Köln,  
und

den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen (im folgenden Pflegedienste genannt) auf Bundesebene

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Bonn
- Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Frankfurt a. M.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V., Bonn
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Stuttgart
- Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn
- Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover
- Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Bremerhaven
- Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V., Hannover
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin
- Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen

## Präambel

Zur Sicherstellung einer qualifizierten ambulanten Versorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten die nachstehenden Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen vereinbart. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 80 Abs. 1 SGB XI) und sind bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI zwischen den Vertragsparteien heranzuziehen.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Pflege von Behinderten durch die besonderen Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Soweit Pflege auf der Grundlage des SGB XI erbracht wird, werden die dafür geltenden Qualitätsmaßstäbe gesondert vereinbart.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI im Bereich der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege sowie der vollstationären Pflege.

## 1 Grundsätze

### 1.1 Ziel

Ambulante Pflege nach dem Pflege-Versicherungsgesetz soll

- im Einzelfall fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten,
- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,
- eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern schaffen,
- flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalles reagieren,
- die individuelle Lebenssituation und die Selbstversorgungskompetenz des Pflegebedürftigen respektieren und fördern.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheits-sicherung, der Alten- und Behindertenhilfe zu berücksichtigen.

## 1.2 Ebenen der Qualität

Pflegequalität umfaßt die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

### Strukturqualität

Die Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungserbringungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung des Pflegedienstes zu subsumieren.

### Prozeßqualität

Prozeßqualität bezieht sich auf den Versorgungs- bzw. Pflegeablauf. Es geht dabei u. a. um Fragen der Pflegeanamnese und -planung, die Ausführung sowie die Dokumentation des Pflegeprozesses.

### Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der pflegerischen Maßnahmen zu verstehen. Zu vergleichen sind das angestrebte Pflegeziel mit dem tatsächlich erreichten Zustand unter Berücksichtigung des Befindens und der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen.

## 1.3 Qualitätssicherung

1.3.1 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.

1.3.1.1 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.

1.3.1.2 Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen von Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

1.3.2 Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale.

1.3.2.1 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.

1.3.2.2 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.

## 2 Leistungserbringer

Leistungserbringer für die ambulante Pflege sind

- Pflegedienste freigemeinnütziger Träger,
- Pflegedienste privater Träger,
- Pflegedienste öffentlicher Träger.

In den weiteren Ausführungen werden die Leistungserbringer einheitlich als „Pflegedienste“ bezeichnet.

Pflegedienste im Sinne dieser Grundsätze und Maßstäbe sind - unabhängig von der Trägerschaft - selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter fachlicher Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung geplant pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

## 3 Qualitätsmaßstäbe

### 3.1 Strukturqualität

#### 3.1.1 Struktureller Rahmen des Pflegedienstes

3.1.1.1 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 erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen. Der Pflegedienst muß über eigene Geschäftsräume verfügen und ständig erreichbar sein. Kooperationen in der Region können gebildet werden.

3.1.1.2 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.

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. Diese sollte in der Regel sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein.

3.1.1.3 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, fachbezogene Fachliteratur ist vorzuhalten.

#### 3.1.2 Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft

3.1.2.1 Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“, oder „Kinderkrankenschwester“ oder „Kinderkrankenpfleger“ - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen,
- b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ oder „Altenpfleger“ mit staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlichen Regelung - besitzen.

3.1.2.2 Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, daß

- a) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Nummer 3.1.2.1 genannter Beruf hauptberuflich, davon in der Regel mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich, ausgeübt wurde und
- b) der Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden vorliegt. Verantwortliche Pflegefachkräfte, die über eine entsprechende Weiterbildung nicht verfügen, müssen im Rahmen einer Übergangsfrist von sieben Jahren nach Abschluß der Vereinbarung diese Qualifikation erworben haben. Bei Vorliegen längerjähriger 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,

oder der Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität vorliegt.

3.1.2.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft muß in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft EigentümerIn oder GesellschafterIn des Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegedienstleitung sich auf den jeweiligen Pflegedienst bezieht.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte.

#### 3.1.3 Pflegekräfte

3.1.3.1 Der Pflegedienst hat unter Berücksichtigung von Punkt 3.1.4 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.

3.1.3.2 Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

- Krankenschwestern/Krankenpfleger,
- Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger.

## **Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)**

Vom 31. Mai 1996

### **Vorbemerkungen**

Gemäß § 80 SGB XI vereinbaren 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 gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Sie arbeiten dabei mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Die nachstehend veröffentlichten Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege wurden am 18. August 1995 beschlossen. Nach Abschluß des Unterschriftenverfahrens erfolgt nunmehr die Veröffentlichung.

## **Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) vom 18. August 1995 (In der Fassung vom 31. Mai 1996)**

der Spitzenverbände der Pflegekassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK-Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Bundesknappschaft, Bochum
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
- AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

und

der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe,

der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, Köln, und

den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen (im folgenden teilstationäre Pflegeeinrichtungen genannt) auf Bundesebene

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Bonn
- Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Frankfurt a. M.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V., Bonn
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Stuttgart
- Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Bremerhaven
- Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V., Hannover
- ArbeitgeberVerband Ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover
- Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen
- Bundesverband Privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V., Bonn
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin

### **Präambel**

Zur Sicherstellung einer qualifizierten teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten die nachstehenden Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen vereinbart. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 80 Abs. 1 SGB XI) und sind bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI zwischen den Vertragsparteien heranzuziehen.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Pflege von Behinderten durch die besonderen Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Soweit Pflege auf der Grundlage des SGB XI erbracht wird, werden die dafür geltenden Qualitätsmaßstäbe gesondert vereinbart.

### **1 Grundsätze**

#### **1.1 Ziel**

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,
- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,
- eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern schaffen,
- 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.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheits-sicherung, insbesondere der Rehabilitation sowie der Alten- und Behindertenhilfe sicherzustellen.

## 1.2 Ebenen der Qualität

Pflegequalität umfaßt die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

### Strukturqualität

Die Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung zu subsumieren.

### Prozeßqualität

Prozeßqualität bezieht sich auf den Pflege- und Versorgungsablauf. Es geht dabei u. a. um Fragen der Pflegeanamnese und -planung, die Ausführung sowie die Dokumentation des Pflegeprozesses.

### Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der pflegerischen Maßnahmen zu verstehen. Zu vergleichen sind das angestrebte Pflegeziel mit dem tatsächlich erreichten Zustand unter Berücksichtigung des Befindens und der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen.

## 1.3 Qualitätssicherung

1.3.1 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.

1.3.1.1 Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jede Einrichtung und umfaßt die diesbezüglichen Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung. Jede Pflegeeinrichtung ist für die Qualität der Leistungen, die sie den Versicherten gegenüber erbringt, verantwortlich.

1.3.1.2 Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen von Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

1.3.2 Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale.

1.3.2.1 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.

1.3.2.2 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.

## 2 Leistungserbringer

Leistungserbringer für die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) sind:

- Pflegeeinrichtungen freigemeinnütziger Träger,
- Pflegeeinrichtungen privater Träger,
- Pflegeeinrichtungen öffentlicher Träger.

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Grundsätze und Maßstäbe sind - unabhängig von der Trägerschaft - selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige geplant pflegen und versorgen.

## 3 Qualitätsmaßstäbe

### 3.1 Strukturqualität

#### 3.1.1 Struktureller Rahmen der Pflegeeinrichtung

3.1.1.1 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 Solitäreinrichtungen bestehen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein.

3.1.1.2 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.

3.1.1.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihres Leistungsangebots 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.

3.1.1.4 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,
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Dienstplanung,
- die Durchführung von Dienstbesprechungen im Pflegebereich.

Der Träger der Pflegeeinrichtung 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 3.1.3.1 gewährleistet ist.

3.1.1.5 Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die fachliche Qualität der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Deren Fachwissen ist regelmäßig zu aktualisieren; Fachliteratur ist vorzuhalten.

### 3.1.2 Räumliche Voraussetzungen

3.1.2.1 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.

3.1.2.2 Ruheräume sind so zu gestalten, daß die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Berücksichtigung finden.

Die Unterbringung in der Nachtpflege ist in Ein- bzw. Zweibettzimmern anzustreben.

3.1.3 Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft

3.1.3.1 Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“ oder „Kinderkrankenschwester“ oder „Kinderkrankenpfleger“ - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen,
- b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ oder „Altenpfleger“ mit staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlichen Regelung - besitzen.

3.1.3.2 Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, daß innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Nummer 3.1.3.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde.

3.1.3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft muß in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein, soweit sie nicht InhaberIn der Pflegeeinrichtung ist. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft EigentümerIn oder GesellschafterIn der

Pflegeeinrichtung ist und die Tätigkeitsschwerpunkte der Pflegedienstleitung sich auf die jeweilige Pflegeeinrichtung beziehen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte.

### 3.1.4 Pflegekräfte

3.1.4.1 Die Pflegeeinrichtung hat unter Berücksichtigung von Punkt 3.1.5 zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen.

3.1.4.2 Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

- Krankenschwestern/Krankenpfleger,
- Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger,
- staatlich anerkannte Altenpflegerinnen/Altenpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen/Familienpfleger,
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter,
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter,
- staatlich anerkannte Dorfhelferinnen/Dorfhelfer.

Sonstige Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

### 3.1.5 Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

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 Leistungen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und die Qualität der Leistungen bei der zugelassenen Pflegeeinrichtung bestehen.

### 3.2 Prozeßqualität

Zur Durchführung einer qualifizierten Pflege hat die Pflegeeinrichtung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

#### 3.2.1 Darstellung der Pflegeeinrichtung

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 Öffnungszeiten der Pflegeeinrichtung,
- 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.

#### 3.2.2 Pflegeprozeß

3.2.2.1 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.

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.

Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten.

Soweit die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln festgestellt wird, informiert die Pflegeeinrichtung mit Zustimmung des Pflegebedürftigen hierüber die Angehörigen und/oder die Pflegekasse.

3.2.2.2 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.

#### 3.2.3 Pflegedokumentation

Die Pflegeeinrichtung hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich durchzuführen.

#### 3.2.4 Pflegeteams

Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist bei der Betreuung Pflegebedürftiger größtmögliche Kontinuität sicherzustellen. Die Dienstplanung wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch durchzuführen.

#### 3.2.5 Beratung der Angehörigen

Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige von der Pflegeeinrichtung beraten.

#### 3.2.6 Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen

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. Nummer 3.1.5).

### 3.3 Ergebnisqualität

3.3.1 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 und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.

#### 3.3.2 In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung und Verbesserung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangen 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.

## 4 Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung

4.1 Der Träger der Pflegeeinrichtung 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.

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.

4.2 Die Pflegeeinrichtungen haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

## 5 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen

5.1 Wird von einer Pflegekasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist über die Landesverbände der Pflegekassen eine Prüfung einzuleiten.

5.2 Die Landesverbände der Pflegekassen teilen dem Träger der Pflegeeinrichtung und der Vereinigung, der der Träger angehört, die Durchführung, den Gegenstand, den Umfang sowie den Zeitpunkt der Prüfung mit.

5.3 Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem bestellten Sachverständigen innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zur Pflegeeinrichtung zu gewähren.

5.4 Vom Träger der Pflegeeinrichtung oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

5.5 Grundlage der Prüfung bilden u. a. die Pflegedokumentationsunterlagen (vgl. Punkt 3.2.3).

5.6 Über die Qualitätsprüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie

notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgezeigt werden. Der Bericht geht innerhalb von sechs Wochen nach Abschluß der Prüfung dem Träger der Pflegeeinrichtung, der Vereinigung, der der Träger angehört, und den Landesverbänden der Pflegekassen zu.

## 6 Inkrafttreten, Kündigung

6.1 Die Vereinbarung tritt am 1. April 1995 in Kraft.

6.2 Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende, frühestens aber zum 31. Dezember 1997 gekündigt werden.

Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vereinbarungspartner, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

Siegburg, den 31. Mai 1996

AOK-Bundesverband, Bonn  
BKK-Bundesverband, Essen  
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach  
See-Krankenkasse, Hamburg  
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
Bundesknapenschaft, Bochum  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg  
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg  
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe  
Für die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände:  
- Deutscher Städtetag, Köln  
- Deutscher Landkreistag, Bonn  
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (e. V.), Düsseldorf  
Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e. V., Bonn  
Deutscher Caritas-Verband e. V., Freiburg  
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Frankfurt a. M.  
Deutsches Rotes Kreuz e. V., Bonn  
Diakonisches Werk EKD e. V., Stuttgart  
Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Bundesgeschäftsstelle, Bremerhaven  
Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V., Hannover  
Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover  
Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen  
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn  
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V., Bonn  
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin

## **Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege**

Vom 31. Mai 1996

### Vorbemerkungen

Gemäß § 80 SGB XI vereinbaren 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 gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Sie arbeiten dabei mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Die nachstehend veröffentlichten Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der Kurzzeitpflege wurden am 18. August 1995 beschlossen. Nach Abschluß des Unterschriftenverfahrens erfolgt nunmehr die Veröffentlichung.

### **Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege vom 18. August 1995**

(In der Fassung vom 31. Mai 1996)

der Spitzenverbände der Pflegekassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK-Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Bundesknappschaft, Bochum
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
- AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

und

der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe,

der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, Köln,  
und

den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen  
(im folgenden Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen genannt) auf Bundes-  
ebene

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Bonn
- Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Frankfurt a. M.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V., Bonn
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Stuttgart
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V., Frankfurt a. M.
- Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Bremerhaven
- Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V., Hannover
- ArbeitgeberVerband Ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover
- Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen
- Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V., Bonn
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin

### Präambel

Zur Sicherstellung einer qualifizierten Kurzzeitpflege im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten die nachstehenden Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen vereinbart. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 80 Abs. 1 SGB XI) und sind bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI zwischen den Vertragsparteien heranzuziehen.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Pflege von Behinderten durch die besonderen Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Soweit Pflege auf der Grundlage des SGB XI erbracht wird, werden die dafür geltenden Qualitätsmaßstäbe gesondert vereinbart.

### 1 Grundsätze

#### 1.1 Ziel

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,
- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,
- eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern schaffen,
- 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.

Dabei ist die Verzahnung mit anderen Leistungen der Gesundheits-sicherung, insbesondere der Rehabilitation, der ärztlichen Versorgung sowie der Alten- und Behindertenhilfe sicherzustellen.

## 1.2 Ebenen der Qualität

Pflegequalität umfaßt die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

### Strukturqualität

Die Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung zu subsumieren.

### Prozeßqualität

Prozeßqualität bezieht sich auf den Pflege- und Versorgungsablauf. Es geht dabei u. a. um Fragen der Pflegeanamnese und -planung, die Ausführung sowie die Dokumentation des Pflegeprozesses.

### Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der pflegerischen Maßnahmen zu verstehen. Zu vergleichen sind das angestrebte Pflegeziel mit dem tatsächlich erreichten Zustand unter Berücksichtigung des Befindens und der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen.

## 1.3 Qualitätssicherung

1.3.1 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.

1.3.1.1 Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jede Einrichtung und umfaßt die diesbezüglichen Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung. Jede Pflegeeinrichtung ist für die Qualität der Leistungen, die sie den Versicherten gegenüber erbringt, verantwortlich.

1.3.1.2 Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen von Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

1.3.2 Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale.

1.3.2.1 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.

1.3.2.2 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.

## 2 Leistungserbringer

Leistungserbringer für die Kurzzeitpflege sind:

- Pflegeeinrichtungen freigemeinnütziger Träger,
- Pflegeeinrichtungen privater Träger,
- Pflegeeinrichtungen öffentlicher Träger.

Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Grundsätze und Maßstäbe sind – unabhängig von der Trägerschaft – selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige geplant pflegen und versorgen.

## 3 Qualitätsmaßstäbe

### 3.1 Strukturqualität

#### 3.1.1 Struktureller Rahmen der Pflegeeinrichtung

3.1.1.1 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. Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen können sowohl Solitäreinrichtungen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein.

3.1.1.2 Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbringen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen.

3.1.1.3 Die von der Pflegeeinrichtung angebotene Kurzzeitpflege 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,
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Dienstplanung,
- die Durchführung von Dienstbesprechungen im Pflegebereich.

Der Träger der Pflegeeinrichtung 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 3.1.3.1 gewährleistet ist.

3.1.1.4 Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die fachliche Qualität der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Deren Fachwissen ist regelmäßig zu aktualisieren; Fachliteratur ist vorzuhalten.

#### 3.1.2 Räumliche Voraussetzungen

3.1.2.1 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).

Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen müssen ferner folgende Voraussetzungen erfüllen:

- eine Bewegungsmöglichkeit im Freien,
- eine Möglichkeit zur Erbringung von Heilmitteln.

3.1.2.2 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.

3.1.3 Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft

3.1.3.1 Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“ oder „Kinderkrankenschwester“ oder „Kinderkrankenpfleger“ – entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung – besitzen,
- b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ oder „Altenpfleger“ mit staatlicher Anerkennung – aufgrund einer landesrechtlichen Regelung – besitzen.

3.1.3.2 Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, daß

- a) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Nummer 3.1.3.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde,
- b) der Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden vorliegt. Verantwortliche Pflegefachkräfte, die über eine entsprechende Weiterbildung nicht verfügen, müssen im Rahmen einer Übergangsfrist von sieben Jahren nach Abschluß der Vereinbarung diese Qualifikation erworben haben. 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;

oder

der Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität vorliegt.

3.1.3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft muß in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein, soweit sie nicht InhaberIn der Pflegeeinrichtung ist. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft EigentümerIn oder GesellschafterIn der Pflegeeinrichtung ist und die Tätigkeitsschwerpunkte der Pflegedienstleitung sich auf die jeweilige Pflegeeinrichtung beziehen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte.

### 3.1.4 Pflegekräfte

3.1.4.1 Die Pflegeeinrichtung hat unter Berücksichtigung von Punkt 3.1.5 zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen.

3.1.4.2 Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

- Krankenschwestern/Krankenpfleger,
- Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger,
- staatlich anerkannte Altenpflegerinnen/Altenpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen/Familienpfleger,
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter,
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter,
- staatlich anerkannte Dorfhelferinnen/Dorfhelfer.

Sonstige Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig.

### 3.1.5 Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Soweit eine Pflegeeinrichtung die Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für 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.

### 3.2 Prozeßqualität

Zur Durchführung einer qualifizierten Pflege hat die Pflegeeinrichtung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

#### 3.2.1 Darstellung der Pflegeeinrichtung

Die Pflegeeinrichtung stellt ihre Leistungen schriftlich dar.

Diese Information kann Angaben enthalten über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot im Bereich der Kurzzeitpflege,
- 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.

#### 3.2.2 Pflegeprozeß

3.2.2.1 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.

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.

Darüber hinaus ist die soziale und kulturelle Integration des Pflegebedürftigen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten.

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.

Soweit die Notwendigkeit des Einsatzes von Pflegehilfsmitteln festgestellt wird, informiert die Pflegeeinrichtung mit Zustimmung des Pflegebedürftigen hierüber die Angehörigen und/oder die Pflegekasse.

3.2.2.2 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.

#### 3.2.3 Pflegedokumentation

Die Pflegeeinrichtung hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich durchzuführen.

#### 3.2.4 Pflegeteams

Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist bei der Betreuung Pflegebedürftiger größtmögliche Kontinuität sicherzustellen. Die Dienstplanung wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch durchzuführen.

#### 3.2.5 Beratung der Angehörigen

Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige von der Pflegeeinrichtung beraten.

#### 3.2.6 Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen

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. Nummer 3.1.5).

### 3.3 Ergebnisqualität

3.3.1 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 und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.

#### 3.3.2 In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung und Verbesserung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangen 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 Antriebschwächen sowie der Bewältigung von Überreaktionen.

### 4 Maßnahmen der Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung

4.1 Der Träger der Pflegeeinrichtung 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.

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.

4.2 Die Pflegeeinrichtungen haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

### 5 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen

5.1 Wird von einer Pflegekasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist über die Landesverbände der Pflegekassen eine Prüfung einzuleiten.

5.2 Die Landesverbände der Pflegekassen teilen dem Träger der Pflegeeinrichtung und der Vereinigung, der der Träger angehört, die Durchführung, den Gegenstand, den Umfang sowie den Zeitpunkt der Prüfung mit.

5.3 Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem bestellten Sachverständigen innerhalb der Geschäftszeiten Zugang zur Pflegeeinrichtung zu gewähren.

5.4 Vom Träger der Pflegeeinrichtung oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

5.5 Grundlage der Prüfung bilden u. a. die Pflegedokumentationsunterlagen (vgl. Punkt 3.2.3).

5.6 Über die Qualitätsprüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgezeigt werden. Der Bericht geht innerhalb von sechs Wochen nach Abschluß der Prüfung dem Träger der Pflegeeinrichtung, der Vereinigung, der der Träger angehört, und den Landesverbänden der Pflegekassen zu.

### 6 Inkrafttreten, Kündigung

6.1 Die Vereinbarung tritt am 1. April 1995 in Kraft.

6.2 Sie kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende, frühestens aber zum 31. Dezember 1997 gekündigt werden.

Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vereinbarungspartner, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

Siegburg, den 31. Mai 1996

AOK-Bundesverband, Bonn  
BKK-Bundesverband, Essen  
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach  
See-Krankenkasse, Hamburg  
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
Bundesknappschaft, Bochum  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg  
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg  
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe  
Für die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände:  
- Deutscher Städtetag, Köln  
- Deutscher Landkreistag, Bonn  
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (e. V.), Düsseldorf  
Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband e. V., Bonn  
Deutscher Caritas-Verband e. V., Freiburg  
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Frankfurt a. M.  
Deutsches Rotes Kreuz e. V., Bonn  
Diakonisches Werk EKD e. V., Stuttgart  
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V., Frankfurt a. M.  
Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Bundesgeschäftsstelle, Bremerhaven  
Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V., Hannover  
Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover  
Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen,  
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V., Bonn  
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V., Bonn  
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin