

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der
Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI von ambulanten Pflegediensten
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-
7. Dezember 2015**

GKV-Spitzenverband¹

Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Inhalt:

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

Vorwort

§ 1 Kriterien der Veröffentlichung in der ambulanten Pflege

§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen

§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien

§ 4 Ausfüllanleitung für die Prüfer

§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

Anlage 1 Kriterien der Veröffentlichung

Anlage 2 Bewertungssystematik für die Kriterien

Anlage 3 Ausfüllanleitung für die Prüfer

Anlage 4 Darstellung der Prüfergebnisse

Vorwort

Nach § 115 Abs. 1a SGB XI haben die Landesverbände der Pflegekassen sicherzustellen, dass die von Pflegediensten erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden (Pflege-Transparenzberichte).

Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde zu legen.

Bei den Pflege-Transparenzberichten handelt es sich um Informationen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, die bei der Auswahl eines Pflegedienstes als eine Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können. Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle in dem Pflegedienst auszuhängen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bzw. der Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. führen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen regelmäßig Qualitätsprüfungen der Pflegedienste durch.

In diesen Prüfungen werden die Ergebnisse sowie die hierfür erforderlichen Strukturen und Prozesse der Qualität der Leistungen von Pflegediensten geprüft. Die Qualitätsprüfung zielt somit auf eine umfassende Prüfung aller Qualitätsebenen eines Pflegedienstes ab. Der Prüfungsumfang ist umfassender als die für die Pflege-Transparenzvereinbarung relevanten Kriterien. Die Qualitätsprüfung ist die Grundlage für die Bescheide der Landesverbände der Pflegekassen zur Beseitigung festgestellter Qualitätsmängel.

Der aus der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bzw. des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. resultierende Pflege-Transparenzbericht (§ 115 Abs. 1a SGB XI) und das von den Landesverbänden der Pflegekassen durchgeführte Qualitätssicherungsverfahren (§ 115 Abs. 2-5 SGB XI) haben somit unterschiedliche Funktionen.

Gemäß § 115 Abs. 1a Satz 8 haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände - im Folgenden „die Vertragsparteien“ genannt - unter Beteiligung des Medizinischen

Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarung) vereinbart.

Dabei haben die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen gemäß § 118 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 115 Abs. 1a Satz 9 SGB XI beratend mitgewirkt. Unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene, der Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind beteiligt worden (§115 Abs. 1a Satz 9 SGB XI).

Die Vertragsparteien haben diese Vereinbarung in dem Wissen geschlossen, dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt.

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen sind dynamische Instrumente, die schrittweise auch unter Berücksichtigung der Belange von Kindern weiterzuentwickeln sind. Die Vertragsparteien sind sich darin einig, diese Vereinbarung weiterzuentwickeln, sobald neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Darstellung von Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten Pflege vorliegen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass zur Weiterentwicklung der PTVA zeitnah neue Erkenntnisse zur Qualitätsmessung und -darstellung im ambulanten Bereich unter wissenschaftlicher Beteiligung gewonnen werden. Die zuständigen Bundesministerien sind in den Prozess einzubinden. Die Vertragsparteien werden diese Vereinbarungen nach den Regelungen des § 115 Abs. 1a Sätze 1 ff. SGB XI in der ab 01.01.2016 gültigen Fassung weiterentwickeln bzw. neu gestalten.

§ 1

Kriterien der Veröffentlichung in der ambulanten Pflege

Die Kriterien der Veröffentlichung der Leistungen und deren Qualität von ambulanten Pflegediensten sind in der **Anlage 1** aufgelistet. Nach diesen Kriterien erfolgen die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach § 114a SGB XI.

(2) Die Kriterien teilen sich in folgende vier Qualitätsbereiche auf:

1. Pflegerische Leistungen
2. Ärztliche verordnete pflegerische Leistungen
3. Dienstleistung und Organisation
4. Befragung der Pflegebedürftigen

§ 2

Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen

- (1) Je ambulantem Pflegedienst werden drei Personen, die Sachleistungen nach SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen, aus dem Pflegegrad 2, drei Personen aus dem Pflegegrad 3 und zwei Personen, zusammen aus den Pflegegraden 4 und 5 zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen.
- (2) Sofern weniger als jeweils drei Personen aus den Pflegegraden 2 und 3, sowie weniger als zwei Personen aus den Pflegegraden 4 und 5 zusammen in die Prüfung einbezogen werden können, werden auch diese Prüfergebnisse veröffentlicht.

§ 3

Bewertungssystematik für die Kriterien

- (1) Für die Bewertung der in der Anlage 1 aufgeführten Kriterien gelten folgende Grundsätze:
 - Die Prüfergebnisse der personenbezogenen Kriterien werden mit Anteilswerten (erfüllt bei „X“ von „Y“ Pflegebedürftigen) ausgewiesen.
 - Die Prüfergebnisse der einrichtungsbezogenen Kriterien werden mit „Ja“ und „Nein“ ausgewiesen.
 - Die Ergebnisse der Befragung der pflegebedürftigen Menschen werden mit folgenden vier Bewertungsgraduierungen bewertet: „immer/ja, häufig, gelegentlich oder nie/nein erfüllt bei X von Y Pflegebedürftigen.“
 - Alle Kriterien werden sowohl einzeln sowie jeweils zusammengefasst in einem der Qualitätsbereiche bewertet.
 - Aus allen Bewertungen der Kriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 3 wird das Gesamtergebnis der Prüfung ermittelt.

- Die Prüfergebnisse werden mit Noten (sehr gut bis mangelhaft) benannt.
- Dem Gesamtergebnis wird der Durchschnittswert im jeweiligen Bundesland gegenübergestellt. Die Veröffentlichung des Landesvergleichswertes erfolgt erst dann, wenn für mindestens 20 v. H. aller ambulanten Pflegedienste im Bundesland Ergebnisse auf Basis dieser Vereinbarung vorliegen.

- (2) Einzelheiten der Bewertungssystematik ergeben sich aus **Anlage 2** dieser Vereinbarung.

§ 4 Ausfüllanleitung für die Prüfer

Bei der Bewertung der Kriterien nach den Vorgaben der Bewertungssystematik verwenden die Prüfer die Ausfüllanleitung der **Anlage 3** dieser Vereinbarung.

§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse

Die Prüfergebnisse werden bundesweit einheitlich auf zwei Darstellungsebenen veröffentlicht. Auf der 1. Darstellungsebene erscheinen die Prüfergebnisse der Qualitätsbereiche und das Gesamtergebnis. Auf der 2. Darstellungsebene werden die Prüfergebnisse zu den einzelnen Bewertungskriterien sowie die Anzahl der zu jedem einzelnen Kriterium in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen dargestellt. Einzelheiten zu den weiteren Angaben sowie zu deren Anordnung ergeben sich aus der **Anlage 4** dieser Vereinbarung.

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 07.12.2015 in Kraft. Sie ist auf alle Qualitätsprüfungen anzuwenden, die ab dem 01.01.2017 durchgeführt werden. Auf alle Qualitätsprüfungen, die bis zum 31.12.2016 durchgeführt werden, ist weiterhin die Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten -Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)- vom 29.1.2009 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausfüllanleitung zu Anlage 3, Kriterium T 32 eb (Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?) bereits mit Wirkung ab dem 1.1.2016 um den Absatz „Bei einer Stichprobe von 10% der Mitarbeitenden, die mindestens 1 Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind, werden Nachweise eingesehen“ ergänzt wird. Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

- (2) Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter.
- (3) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

§ 7 Übergangsregelung

Für die Dauer von 12 Monaten ab dem 01.01.2017 wird bei der Veröffentlichung der Prüfergebnisse im Transparenzbericht auf der 1. Darstellungsebene folgender Hinweis gegeben: „Bitte beachten Sie, dass ein Einrichtungsvergleich nur auf der Grundlage von Berichten mit gleicher Prüfgrundlage und Bewertungssystematik möglich ist. Bewertungen auf der Grundlage der bis zum 31.12.2016 gültigen alten Transparenzvereinbarung und Bewertung auf der Grundlage der seit dem 01.01.2017 geltenden neuen Transparenzvereinbarung sind nicht miteinander vergleichbar.“ Auf den Plattformen der Landesverbände der Pflegekassen wird der Transparenzbericht nach alter Rechtsgrundlage solange ausgewiesen, bis der Transparenzbericht nach neuer Rechtsgrundlage veröffentlicht wird. Dabei ist sicherzustellen, dass ein entsprechender Hinweis bereits bei Verwendung der Suchmasken der jeweiligen Plattformen gegeben wird. Berichte auf der neuen Rechtsgrundlage und solche auf Grundlage der alten Rechtsgrundlage werden für den Nutzer erkennbar farblich unterschiedlich dargestellt.

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der
Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger
Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-
7. Dezember 2015**

**Anlage 1
Kriterien der Veröffentlichung**

Bewertungskriterien für die Pflegequalität von ambulanten Pflegediensten

Qualitätsbereiche:

- 1. Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)**
- 2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (8 Kriterien)**
- 3. Dienstleistung und Organisation (9 Kriterien)**
- 4. Befragung der pflegebedürftigen Menschen (12 Kriterien)**

Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen	
1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
2	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?
3	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
4	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
5	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?
7	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
8	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn



	hierzu Leistungen vereinbart sind?
9	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?
10	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
11	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
12	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?
13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?
15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?
16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?
17	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?



	Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
24	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?

	Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation
26	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die entstehenden Kosten erstellt?
27	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?
28	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?
29	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
30	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?
31	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?
32	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?
33	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?
34	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?

Qualitätsbereich 4: Befragung der pflegebedürftigen Menschen	
35	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?
36	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?
37	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?
38	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
39	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
40	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?
41	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
42	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?
43	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?
44	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?
45	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
46	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der
Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger
Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-
7. Dezember 2015**

**Anlage 2
Bewertungssystematik**

1. Bewertungskriterien

Die 46 Bewertungskriterien für die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI werden folgenden Qualitätsbereichen zugeordnet.

Qualitätsbereich	Laufende Nummern (Anzahl der Kriterien)
1. Pflegerische Leistungen	1 bis 17 (17)
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	18 bis 25 (8)
3. Dienstleistung und Organisation	26 bis 34 (9)
4. Befragung der pflegebedürftigen Menschen	35 bis 46 (12)
Zusammen	1 bis 46 (46)

2. Bewertungssystematik

2.1 Einzelbewertung der Kriterien

Personenbezogene Kriterien

Folgende Kriterien werden für jeden einzelnen in die Stichprobe einbezogenen von dem ambulanten Pflegedienst betreuten pflegebedürftigen Menschen bewertet:

T1 bis T25

Ist das Kriterium für den Pflegebedürftigen erfüllt, wird der Skalenwert 10 vergeben, ist es nicht erfüllt, wird es mit dem Skalenwert 0 bewertet.

Trifft ein Kriterium für einen pflegebedürftigen Menschen nicht zu, so ist dieses nicht in die Bewertung und Mittelwertberechnung einzubeziehen.

Für die Bewertung des einzelnen Kriteriums ist der arithmetische Mittelwert aus den vergebenen Skalenwerten des Kriteriums zu bilden.

Einrichtungsbezogene Kriterien

Folgende Kriterien lassen nur eine dichotome „Ja“- oder „Nein“-Bewertung zu, sind aber auf den gesamten ambulanten Pflegedienst bezogen und daher nur einmal zu bewerten. In diesen Fällen können nur die Skalenwert 10 oder 0 vergeben werden und eine Mittelwertberechnung entfällt:

T26 bis T34

Befragung der pflegebedürftigen Menschen

Die Kriterien der Befragung der Pflegebedürftigen (T35-T46) werden mit folgenden vier Bewertungsgraduierungen und Skalenwerten bewertet:

Bewertungsgraduierung	Skalenwert
Ja/Immer	10
Häufig	7,5
Gelegentlich	5
Nein/Nie	0

Die Kriterien Nr. 35, 36, 39 und 42 lassen nur eine dichotome (erfüllt/nicht erfüllt) Bewertung zu. Für sie können daher nur die Skalenwerte 10 oder 0 vergeben werden.

Trifft ein Kriterium für einen pflegebedürftigen Menschen nicht zu, so ist dieses nicht in die Bewertung und Mittelwertberechnung einzubeziehen.

Für die Bewertung des einzelnen Kriteriums ist der arithmetische Mittelwert aus den vergebenen Skalenwerten des Kriteriums zu bilden.

2.2 Bewertung der Qualitätsbereiche

Für jeden der vier Qualitätsbereiche wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien ausgewiesen. Grundlage der Berechnung sind die ermittelten Skalenwerte. Die Skalenwerte werden nach folgender Tabelle in Noten mit einer Stelle nach dem Komma umgerechnet.

Notenzuordnung

Bezeichnung der Note	Skalenwert
Sehr gut (1 – 1,4)	9,31 bis 10,00
Gut (1,5 – 2,4)	7,91 bis 9,30
befriedigend (2,5 – 3,4)	6,51 bis 7,90
Ausreichend (3,5 – 4,4)	5,11 bis 6,50
Mangelhaft (4,5 – 5,0)	0,00 bis 5,10

Die genaue Zuordnung der Skalenwerte zu den Noten mit den jeweiligen Ausprägungen mit einer Stelle nach dem Komma ergibt sich aus dem Tabellenanhang.

2.3 Gesamtbewertung

Für die Qualitätsbereiche 1 bis 3 wird als Gesamtbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der Kriterien 1 bis 34 ausgewiesen. Sofern Kriterien nicht zutreffen und daher nicht bewertet werden, gehen sie in die Berechnung der Gesamtbewertung nicht mit ein. Grundlage der Berechnung sind die ermittelten Skalenwerte. Die Skalenwerte werden entsprechend der Tabelle unter 2.2 in Noten mit einer Stelle nach dem Komma umgerechnet.

3. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Ebenen (**Anlage 4**) dargestellt.

Auf der 2. Darstellungsebene werden die Einzelergebnisse der Kriterien sowie die Anzahl der zu jedem Einzelkriterium in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen dargestellt.

Tabellenanhang

Bezeichnung der Note	Note	Skalenwert
sehr gut	1,0	9,87 - 10,00
	1,1	9,73 - 9,86
	1,2	9,59 - 9,72
	1,3	9,45 - 9,58
	1,4	9,31 - 9,44
gut	1,5	9,17 - 9,30
	1,6	9,03 - 9,16
	1,7	8,89 - 9,02
	1,8	8,75 - 8,88
	1,9	8,61 - 8,74
	2,0	8,47 - 8,60
	2,1	8,33 - 8,46
	2,2	8,19 - 8,32
	2,3	8,05 - 8,18
	2,4	7,91 - 8,04
befriedigend	2,5	7,77 - 7,90
	2,6	7,63 - 7,76
	2,7	7,49 - 7,62
	2,8	7,35 - 7,48
	2,9	7,21 - 7,34
	3,0	7,07 - 7,20
	3,1	6,93 - 7,06
	3,2	6,79 - 6,92
	3,3	6,65 - 6,78
	3,4	6,51 - 6,64
	3,5	6,37 - 6,50
	3,6	6,23 - 6,36
	3,7	6,09 - 6,22
	3,8	5,95 - 6,08
	3,9	5,81 - 5,94



ausreichend	4,0	5,67 - 5,80
	4,1	5,53 - 5,66
	4,2	5,39 - 5,52
	4,3	5,25 - 5,38
	4,4	5,11 - 5,24
mangelhaft	4,5	4,97 - 5,10
	4,6	4,83 - 4,96
	4,7	4,69 - 4,82
	4,8	4,55 - 4,68
	4,9	4,41 - 4,54
	5,0	< 0 - 4,40

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der
Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger
Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-
7. Dezember 2015**

**Anlage 3
Ausfüllanleitung für die Prüfer**

Vorwort

Die vorliegende Ausfüllanleitung soll beschreiben, wann ein Kriterium durch den Prüfer als erfüllt oder nicht erfüllt zu bewerten ist. Sie zielt darauf ab, die Bewertungen der Prüfer zu standardisieren. Zu prüfen und zu bewerten sind die systematische und regelhafte Erfüllung der Kriterien. Pflegeplanung und Dokumentation sichern dabei handlungsleitend die professionelle Tätigkeit der Mitarbeiter in der Pflege.

Die internationale und nationale Forschungslage weist darauf hin, dass die Pflegedokumentation alleine keine geeignete Datengrundlage für die umfassende Bewertung der Qualität pflegerischer Leistungen darstellt, weil Pflegende ggf. mehr Aktivitäten durchführen als sie dokumentieren. In den Ausfüllanleitungen werden kriteriumsbezogen alle für die Bewertung infrage kommenden Informationsquellen/Nachweise aufgeführt und in die Prüfung der Qualität einbezogen.

Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen, Rechtschreibfehler) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des Pflegedienstes, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.

Die Erfassung und Prüfung der Kriterien erfolgt ausschließlich anhand der Ausfüllanleitungen immer nur dann, wenn der pflegebedürftige Mensch hierzu die entsprechenden Leistungen nach dem SGB XI vertraglich mit dem ambulanten Pflegedienst vereinbart hat oder anhand der ärztlich verordneten Leistungen nach dem SGB V. Die Kriterien 15, 16, und 17 werden bei der Grund- bzw. Behandlungspflege unabhängig von einer konkret vereinbarten oder verordneten Leistung bewertet.

Die ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen (SGB V) beziehen sich immer auf verordnete und noch nicht beschiedene oder von den Kassen genehmigte Leistungen. Nicht Gegenstand der Prüfung sind die Verordnungsqualität sowie die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Verordnungen.

Der ambulante Pflegedienst kann diese Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann dieses nicht dem ambulanten Pflegedienst angelastet werden. Der ambulante Pflegedienst handelt im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Eine umfassende Dokumentation der Schritte des Pflegeprozesses ist nicht erforderlich, da der Dienst ausschließlich die Durchführung der Intervention übernimmt, für die er vom Arzt den Auftrag und von der Krankenkasse noch keinen Bescheid oder die Genehmigung erhalten hat.

Auf bestimmte Pflegebedürftige treffen möglicherweise einzelne Kriterien nicht zu. Den Besonderheiten der Pflegedienste und dieser Pflegebedürftigen sind bei der Bewertung der Kriterien durch „trifft nicht zu“ Rechnung zu tragen. Beispiele oder nähere Ausführungen hierzu befinden sich in der Ausfüllanleitung.

Die Prüfung der personenbezogenen (pflegebedürftige Mensch) Kriterien erfolgt anhand der Ausfüllanleitungen. Informationsquellen/Nachweise sind:

- Inaugenscheinnahme des in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen,
- Auswertung der Pflegedokumentation,
- Befragung der Pflegebedürftigen,
- Befragung der Angehörigen,
- Auskunft/Information/Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiter.

In der Ausfüllanleitung wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der personenbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Pflegedienstes. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel beim Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich - Hinweise der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

Die Prüfung der einrichtungsbezogenen Kriterien des Pflegedienstes erfolgt anhand der Ausfüllanleitungen. Informationsquellen/Nachweise sind:

- Auswertung der Dokumentation,
- Beobachtungen während der Prüfung,
- Befragung der Pflegebedürftigen,
- Befragung der Angehörigen,
- Auskunft/Information/Darlegung durch die Mitarbeiter.

In der Ausfüllanleitung wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation und der Beobachtungen im Pflegedienst. Sofern nach deren Auswertung Zweifel beim Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich - Hinweise der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft des Pflegedienstes zur Erfüllung des

jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.

Sofern die Pflegedokumentation bei den einzelnen Kriterien als Informationsquelle/Nachweis dient, müssen die darin beinhalteten Angaben aktuell sein. Aktuell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Veränderungen des Pflegezustandes und sich daraus ergebende Erfordernisse (z. B. Risikoeinschätzungen oder Anpassung von Maßnahmen) bis zur nächsten Übergabe zu dokumentieren sind.

Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten. Seitens des Pflegedienstes nicht beeinflussbare Faktoren dürfen keine Auswirkungen auf die Bewertung haben.

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen sind dynamische Instrumente, die schrittweise weiterzuentwickeln sind. Derzeit gibt es keine pflegewissenschaftlich-gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnisqualität der pflegerischen ambulanten Versorgung in Deutschland. Die Vertragspartner sind sich einig, dass zur Weiterentwicklung der PTVA zeitnah neue Erkenntnisse zur Qualitätsmessung und -darstellung im ambulanten Bereich unter wissenschaftlicher Beteiligung gewonnen werden. Die zuständigen Bundesministerien sind in den Prozess einzubinden.

Qualitätsbereiche:

1. **Pflegerische Leistungen**
2. **Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen**
3. **Dienstleistung und Organisation**
4. **Befragung der pflegebedürftigen Menschen**

Erläuterungen:

pb: auf den pflegebedürftigen Menschen bezogene Kriterien

eb: einrichtungsbezogene Kriterien

	Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen
--	--

Wenn eine Frage auf einen pflegebedürftigen Menschen nicht zutrifft (z.B. weil der Pflegebedarf nicht vorliegt oder keine Leistung vereinbart worden ist) wird die Frage für diesen pflegebedürftigen Menschen mit „trifft nicht zu“ beantwortet. Trifft die Frage auf keinen pflegebedürftigen Menschen zu, wird die gesamte Frage mit „trifft nicht zu“ beantwortet.

1 pb	<p>Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege sowie ggf. der Mund- und Zahnpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen individuellen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.</i></p> <p><i>Selbstverständlichkeiten wie die Berücksichtigung des Schamgefühls sind nicht gemeint.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder das Pflegepersonal befragt.</i></p>
2 pb	<p>Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn keine Defizite bei der vereinbarten Leistung erkennbar sind. Die Frage ist auch mit „ja“ zu beantworten, wenn Defizite in der</i></p>



	<p><i>vereinbarten Körperpflege, erkennbar sind und der ambulante Pflegedienst nachvollziehbar seine fehlende Einwirkungsmöglichkeit dokumentiert hat.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
3 pb	<p>Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
4 pb	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
5 pb	<p>Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Pflegeleistungen zur Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Pflegedokumentation und die Inaugenscheinnahme erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>



<p>6 pb</p>	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
<p>7 pb</p>	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
<p>8 pb</p>	<p>Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Risiken zur Ernährung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Pflegedokumentation und die Inaugenscheinnahme erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
<p>9 pb</p>	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege,</i></p>



	<p><i>Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Ernährungsrisiko erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
10 pb	<p>Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zu den Ausscheidungen in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
11 pb	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
12 pb	<p>Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch körperbezogene Pflegemaßnahmen erhält, ein Dekubitusrisiko erkennbar ist und dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurde.</i></p> <p><i>Wenn ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, erfolgt die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn der körperbezogenen Pflegemaßnahmen. Danach soll in</i></p>



	<p><i>individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
13 pb	<p>Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen die Leistung Lagern vereinbart ist und die dekubitusgefährdet sind Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher vorhandener Hilfsmittel, haut- und gewebeschonend durchgeführt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
14 pb	<p>Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Mobilität vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
15 pb	<p>Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn aus der</i></p>



	<p><i>Maßnahmenplanung ein inhaltlicher Bezug zur Biografie erkennbar ist. Nicht erforderlich ist, dass bei der Dokumentation einzelner Maßnahmen jeweils ein schriftlicher Begründungszusammenhang zu pflegerelevanten Biografieangaben hergestellt wird.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p>
<p>16 pb</p>	<p>Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn vom Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z. B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen).</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p>
<p>17 pb</p>	<p>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn anhand der Pflegedokumentation oder eines anderen schriftlichen Nachweises die Durchführung eines Erstgesprächs belegt wird.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder - mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden konnte oder - wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat. <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation oder andere schriftliche Nachweise. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>



	<p>Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen</p>
<p>18 pb</p>	<p>Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</p> <p><i>Es ist zu überprüfen, ob die Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt, und dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der aktuelle Stand des Wissens ist berücksichtigt, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>die Prinzipien der lokalen Druckentlastung bzw. der Kompression umgesetzt werden,</i> • <i>die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.</i> <p><i>Dieses Kriterium wird auch als erfüllt bewertet, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
<p>19 pb</p>	<p>Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat.</i></p> <p><i>Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation.</i></p> <p><i>Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.</i></p> <p><i>Wenn die Applikationsform in der Pflegedokumentation nicht angegeben ist, dann ist regelhaft davon auszugehen, dass die Applikation oral erfolgt.</i></p> <p><i>Es ist zu überprüfen, ob für alle verordneten Medikamente eine ärztliche Verordnung vorliegt. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, muss aus der Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung gegeben wurde.</i></p> <p><i>Bei der Verwendung eines Generikums muss der</i></p>



	<p><i>Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumpackung mit dem Namen des Originalpräparates).</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
20 pb	<p>Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?</p> <p><i>Sofern eine Bedarfsmedikation verordnet ist, muss in der Pflegedokumentation (z. B. anhand der Verordnung) festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung und in welcher Applikationsform zu verabreichen ist, sofern die Tageshöchstdosierung vom Arzt jeweils festgelegt wurde.</i></p> <p><i>Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, muss aus der Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung gegeben wurde.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
21 pb	<p>Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht.</i></p> <p><i>Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
22	<p>Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen</p>



pb	<p>Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen zieht.</i></p> <p><i>Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
23 pb	<p>Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Injektionen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, in der Pflegedokumentation dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert hat. Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.</i></p> <p><i>Es ist zu überprüfen, ob für alle verabreichten Injektionen eine ärztliche Verordnung vorliegt.</i></p> <p><i>Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
24 pb	<p>Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?</p> <p><i>Kompressionsstrümpfe/-verbände sind sachgerecht angelegt wenn</i></p> <p><i>a) das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und</i></p>



	<p><i>abgeschwollenen Beinen erfolgt ist,</i></p> <p><i>b) der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wurde,</i></p> <p><i>c) der Kompressionsverband/- beim Anlegen faltenfrei ist.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist auch erfüllt,</i></p> <p><i>d) wenn der Kompressionsverband/-strumpf zum Zeitpunkt der Prüfung sachgerecht angelegt ist</i></p> <p><i>e) oder der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.</i></p> <p><i>Ist der Kompressionstrumpf/-verband nicht sachgerecht oder nicht angelegt, klärt der Prüfer die Gründe hierfür (Pflegedokumentation, Befragung des pflegebedürftigen Menschen oder Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.</i></p> <p><i>Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a)- c) erfolgt, weil der pflegebedürftige Mensch dies wünscht und der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p>
<p>25 pb</p>	<p>Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Patienten über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit dem Arzt zur Folge haben. Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder</i> <i>- der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.</i> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder</i></p>



	<i>Pflegepersonal befragt.</i>
	Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation
26 eb	<p>Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst nachweisen kann, dass er regelhaft Kostenvoranschläge vor Abschluss eines Pflegevertrages erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvoranschlagsmuster, Pflegevertragsmuster sofern die Kostenvoranschläge Bestandteil des Vertragsangebot umfassen oder andere geeignete Nachweise, wie z. B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss den pflegebedürftigen Menschen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt. Entscheidend für den Kostenvoranschlag ist nicht der Leistungsbeginn sondern der Vertragsabschluss.</i></p>
27 eb	<p>Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden (z.B. durch Aufbewahrung von Kundenakten in abschließbaren Schränken, bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter) und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.</i></p>
28 eb	<p>Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine schriftliche Regelung für Mitarbeiter zum Umgang mit Notfällen bei pflegebedürftigen Kunden besteht (z.B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen der pflegebedürftige Mensch nicht öffnet).</i></p>
29 eb	<p>Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst belegen kann, dass Schulungen in Erster Hilfe und zum Verhalten bei Notfallmaßnahmen in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt</i></p>



	<p>wurden.</p> <p>Bei einer Stichprobe von 10% der Mitarbeitenden, die mindestens 1 Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind, werden Nachweise eingesehen.</p>
30 eb	<p>Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Verfahrensweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden besteht.</i></p>
31 eb	<p>Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn ein prospektiver Fortbildungsplan in schriftlicher Form vorliegt und gleichzeitig eine Regelung dokumentiert wurde, die die Einbeziehung aller in der Grund- und/oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiter an Fortbildungen vorsieht.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn die Feststellung dokumentiert wurde, dass eine Fortbildung für den Planungszeitraum für bestimmte Mitarbeiter nicht erforderlich ist, z.B. weil sie auf dem aktuellen Stand des Wissens sind oder aufgrund einer un stetigen Beschäftigung oder einer längeren Abwesenheit.</i></p>
32 eb	<p>Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die verantwortliche Pflegefachkraft vorliegt und mit der Festlegung der Verantwortungsbereiche entsprechend der jeweils gültigen Vereinbarung nach § 113 SGB XI übereinstimmt.</i></p>
33 eb	<p>Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn in einer Stellenbeschreibung oder vergleichbaren Regelung die Aufgaben und Verantwortungsbereiche, hier insbesondere im Verhältnis zu den Pflegefachkräften, der in der Hauswirtschaft eingesetzten Mitarbeiter geregelt sind.</i></p>
34 eb	<p>Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante</i></p>



Pflegedienst für die von ihm versorgten pflegebedürftigen Menschen ständig erreichbar ist und die vereinbarten Leistungen durchführt. Der Nachweis hierfür kann beispielsweise durch den Dienstplan geführt werden, wenn hierin Ruf-/ Einsatzbereitschaftsdienst ausgewiesen ist. Eine ständige Erreichbarkeit ist nicht gegeben, wenn lediglich ein Anrufbeantworter erreichbar ist oder Emails zugesandt werden können.

Bei nichtauskunftsfähigen Minderjährigen können die Eltern bzw. sonstigen sorgeberechtigten Personen befragt werden.

	Qualitätsbereich 4: Befragung der pflegebedürftigen Menschen
35	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?
36	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?
37	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? <i>Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.</i>
38	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
39	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
40	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? <i>Anmerkung: Einsatzbereitschaft bezieht sich analog der Frage 34 immer auf die vereinbarten Leistungen,</i>
41	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
42	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?



<p>43</p>	<p>Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?</p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine begründeten Beschwerden vorlagen.</i></p>
<p>44</p>	<p>Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?</p>
<p>45</p>	<p>Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?</p>
<p>46</p>	<p>Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?</p>

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der
Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs.1 SGB XI sowie gleichwertiger
Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten
vom 7. Dezember 2015**

**Anlage 4
Darstellung der Prüfergebnisse**

Die Ergebnisse der Leistungsangebote der ambulanten Pflegedienste und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Darstellungsebenen entsprechend der verbindlichen Muster 1 und 2 dargestellt. Nachfolgend werden Erläuterungen zu den einzelnen Feldern der Darstellungen gegeben, soweit diese nicht selbsterklärend sind.

Verfahren der Veröffentlichung

Die Landesverbände der Pflegekassen² übersenden die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse dem ambulanten Pflegedienst. Dieser kann den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Kalendertagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Die Frist beginnt mit dem Zugang der Benachrichtigung über die Einstellung des vorläufigen Pflege-Transparenzberichts. Die Benachrichtigung erfolgt grundsätzlich zu den üblichen Geschäftszeiten per E-Mail. Erfolgt die Benachrichtigung außerhalb der üblichen Geschäftszeiten, beginnt die Frist mit dem nächsten Werktag. Innerhalb dieser Frist können Hinweise zu der Veröffentlichung gegeben werden und sollen auch strittige Fragen zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Landesverbänden geklärt werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht.

Sofern weitere Prüfergebnisse über den ambulanten Pflegedienst vorliegen, übersendet dieser die Unterlagen den Landesverbänden der Pflegekassen zur unverzüglichen Veröffentlichung.

Die ambulanten Pflegedienste hängen die Prüfergebnisse der Darstellungsebene 1 dieser Vereinbarung in ihren Geschäftsräumen an gut sichtbarer Stelle aus. Sie können auch die Prüfergebnisse der Darstellungsebene 2 aushängen.

² Es entspricht der Praxis, dass aufgrund von Absprachen in der Regel ein Landesverband für alle Landesverbände der Pflegekassen federführend tätig wird.

Darstellungsebene 1

Die in der Darstellungsebene 1 aufzunehmenden Informationen sind nachfolgend verbindlich aufgeführt. Zum Muster 1 der Darstellungsebene 1 sowie für die von dort aus zu öffnenden Verlinkungen werden die Vertragsparteien noch das Layout abstimmen.

Feld:	Bezeichnung/Beschreibung
1	Überschrift In dieses Feld wird die Überschrift der Veröffentlichung mit dem Titel „Qualität des ambulanten Pflegedienstes“ eingetragen.
2	Name des ambulanten Pflegedienstes. Sofern es sich um einen Kinderkrankenpflegedienst handelt, ist unter dem Namen der Begriff „Kinderkrankenpflegedienst“ aufzunehmen.
3	Adresse des ambulanten Pflegedienstes In dieses Feld werden die Postleitzahl, der Ort, die Straße und die Hausnummer eingetragen.
4	Telefonnummer/Telefaxnummer In dieses Feld werden die Telefonnummer und die Telefaxnummer eingetragen.
5	E-Mail-Adresse und Internetadresse, ggf. verlinkt
6	Anzahl der versorgten Menschen
7.1	Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen
7.2	Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die an der Befragung der Kunden ³ teilgenommen haben.
8	Überschrift „Qualitätsbereiche“

³ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch in ihrer weiblichen Form.

- 8.1 Pflegerische Leistungen
- 8.2 Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 8.3 Dienstleistung und Organisation
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 8.4 Gesamtergebnis
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den 37 Einzelkriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 3 auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 8.5 Befragung der pflegebedürftigen Menschen
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 9 Überschrift „Ergebnis -Qualitätsprüfung“
- 9.1 bis 9.5 In diese Felder werden die Noten der jeweiligen Qualitätsbereiche bzw. des Gesamtergebnisses sowohl numerisch als auch mit ihrer Bezeichnung eingetragen.
- 10 Überschrift „Durchschnitt im Bundesland“
- 10.1 Der Durchschnittswert im Bundesland ist nur einzutragen, wenn mindestens 20% aller ambulanten Pflegedienste im Bundesland geprüft sind.



- 11 Die Überschrift „Erläuterungen zum Bewertungssystem“ soll verlinkt werden. Der Link führt zu einer entsprechenden laienverständlichen Erläuterung der Bewertungssystematik.
- 12 Die Überschrift „Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote“ wird verlinkt. Der Link führt zu einer Aufstellung der zwischen den Vertragspartnern nach § 89 SGB XI vereinbarten Leistungen.
- 13 Die Überschrift „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“ wird verlinkt. Der Link führt zu Angaben, die der ambulante Pflegedienst über Leistungsangebote und Strukturdaten macht, die über die im Feld 13 angegebenen Vertragsinhalte hinausgehen. Hier können z. B. Kinderkrankenpflegedienste auf ihr spezielles Leistungsangebot hinweisen. In dem Link ist deutlich darauf hinzuweisen, dass es sich um „Eigenangaben“ handelt und nicht um Prüfergebnisse oder vertraglich vereinbarte Angebote. Die Darstellung erfolgt entsprechend dem **Muster 3**. Die Darstellung darf eine Bildschirmseite im Umfang von 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen nicht überschreiten.
- 14 In dieses Feld ist das Datum der aktuellen Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI einzutragen.
- 15 Die Überschrift „Weitere Prüfergebnisse“ ist zu verlinken, wenn der ambulante Pflegedienst weitere Prüfergebnisse veröffentlichen möchte. Der Link führt zu Prüfergebnissen, die nicht aus einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI stammen. Die Prüfergebnisse müssen aber von einer externen Prüfeinrichtung stammen. Rein interne Qualitätsprüfergebnisse des ambulanten Pflegedienstes dürfen hier nicht veröffentlicht werden.
- 16 Die Überschrift „Kommentar des ambulanten Pflegedienstes“ wird verlinkt, wenn der geprüfte ambulante Pflegedienst sich zu dem Prüfergebnis äußern möchte. Der Kommentar darf keine unsachlichen und verunglimpfenden Inhalte enthalten sowie maximal eine Bildschirmseite mit einem Umfang von 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen umfassen.



- 17 Hier ist darzustellen, ob es sich bei der Qualitätsprüfung um eine Regel-, Anlass- oder Wiederholungsprüfung gehandelt hat. Ein Link führt zu Erläuterungen der Prüfungsarten.
- 18 In dem Feld 20 ist eine der Antwortkategorien „Ja“ oder „Nein“ auszufüllen, je nachdem, ob der ambulante Pflegedienst eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt hat oder nicht
- 19 In dieses Feld wird die Notenskala mit folgenden Noten eingetragen: 1 sehr gut / 2 gut / 3 befriedigend / 4 ausreichend / 5 mangelhaft.

Muster 1 „1. Darstellungsebene“

(1) Qualität des ambulanten Pflegedienstes		(11) Erläuterungen zum Bewertungssystem hier	
(2) „Schnelle Hilfe“		(12) Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote hier	
(3) Seestr. 12 12345 Hafenstadt		(13) Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten hier	
(4) Telefon: Fax: 02222/999999 02222/899999		(14) Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI: Datum	
(5) Email: Internet: schnelle.hilfe@xls.de		(15) Weitere Prüfergebnisse hier	
(6) Anzahl der versorgten Menschen: 100		(16) Kommentar des ambulanten Pflegedienstes	
(7.1) Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen: 12		hier	
(7.2) Anzahl der befragten pflegebedürftigen Menschen 11		(17) Prüfungsart	
		(18) Der ambulante Pflegedienst hat eine Wiederholungsprüfung beantragt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
(8) Qualitätsbereiche	Ergebnis Qualitätsprüfung (9)		Durchschnitt im Bundesland (10)
(8.1) Pflegerische Leistungen hier	(9.1) gut 2,4 hier		
(8.2) Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	(9.2) 3,0 befriedigend hier		
(8.3) Dienstleistung und Organisation hier	(9.3) 3,0 befriedigend hier		
(8.4) Gesamtergebnis (aus allen 34 Fragen der drei Qualitätsbereiche) hier	(9.4) 2,4 gut hier		(10.1) 2,3 (gut)
(8.5) Befragung der pflegebedürftigen Menschen hier	(9.5) 1,4 sehr gut hier		
19) Notenskala: 1 sehr gut / 2 gut / 3 befriedigend / 4 ausreichend / 5 mangelhaft			

Muster 2 „2. Darstellungsebene“

Beispiel: Auszug aus Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“

10	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	Vollständig erfüllt bei 6 von 8 Pflegebedürftigen
11	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	Vollständig erfüllt bei 4 von 4 Pflegebedürftigen
12	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	Vollständig erfüllt bei 3 von 8 Pflegebedürftigen
13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistungen eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	Vollständig erfüllt bei 5 von 6 Pflegebedürftigen
14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	Vollständig erfüllt bei 8 von 8 Pflegebedürftigen
15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	Vollständig erfüllt bei 4 von 8 Pflegebedürftigen
16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	Vollständig erfüllt bei 4 von 6 Pflegebedürftigen
17	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	Vollständig erfüllt bei 7 von 8 Pflegebedürftigen
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich		2,7

Muster 3 „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten

Die folgenden Angaben sind Selbstauskünfte des Pflegedienstes.

Pflegedienstleitung

Ansprechpartner für weitere Information:

Träger/Inhaber:

ggf. Verband

Besonderheiten

Leistungsangebot

Ambulante Pflege

- Körperbezogene Pflegemaßnahmen
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- Hilfen bei der Haushaltsführung
- Häusliche Krankenpflege
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (Entlastungsleistungen nach § 45bSGB XI)

Spezialisierungen, Schwerpunkte und weitere Angebote