



Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011

Vom 9. November 2022

Präambel

Zur Sicherstellung einer qualifizierten ambulanten Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vereinbart. Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung im Verhältnis zu den vorangegangenen Normsetzungsverträgen.

Diese Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen ambulanten Pflegedienste unmittelbar verbindlich (§ 113 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträgen, Rahmenverträgen, Vergütungsvereinbarungen, Transparenzvereinbarungen) und den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI von den Vertragsparteien zu beachten.

1 Grundsätze

1.1 Ziele

Ambulante Pflege verfolgt folgende Ziele:

- Die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung sollen den pflegebedürftigen Menschen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben unter Wahrung der Privat- und Intimsphäre zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.
- Die Leistungen der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung streben Lebensqualität und Zufriedenheit des pflegebedürftigen Menschen unter Berücksichtigung seiner Biografie und Lebensgewohnheiten an.
- Die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der pflegebedürftigen Menschen wiederzugewinnen oder zu erhalten; dabei ist auf eine Vertrauensbasis zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und den an der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung Beteiligten hinzuarbeiten.
- Die Pflege wird fachlich kompetent nach dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht.
- Die Pflege und die hauswirtschaftliche Versorgung werden im Rahmen der vereinbarten Leistungen in Abstimmung mit den Wünschen des pflegebedürftigen Menschen und seiner Bezugsperson(en) an die Situation des pflegebedürftigen Menschen angepasst.
- Bei der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist auf die religiösen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen Rücksicht zu nehmen und nach Möglichkeit den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen und den Wünschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Rechnung zu tragen.
- Die an der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung Beteiligten arbeiten partnerschaftlich zusammen. Hierzu gehört auch der Informations- und Erfahrungsaustausch.

1.2 Ebenen der Qualität

Pflegequalität umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität

Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungserbringungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung des ambulanten 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 Menschen.

1.3 Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.

Qualitätsmanagement bezeichnet grundsätzlich die im ambulanten Pflegedienst organisierten Maßnahmen zur Steuerung der Qualität der vereinbarten Leistungserbringung und gegebenenfalls deren Verbesserung.

Qualitätsmanagement schließt alle wesentlichen Managementprozesse (z. B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse/Verbesserung) ein und entwickelt diese weiter.

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass

- die vereinbarten Leistungen in der vereinbarten Qualität erbracht werden,
- sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der versorgten Menschen und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig überprüft und gegebenenfalls verbessert wird,
- Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen des ambulanten Pflegedienstes z. B. in einem Qualitätsmanagement-Handbuch beschrieben und nachvollziehbar sind.

Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene des ambulanten Pflegedienstes.

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes stellt für das Qualitätsmanagement die personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung. Bedingung für ein effektives Qualitätsmanagement ist, dass die vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen sind.

Qualitätsmanagement erfordert die Festlegung von Zielen. Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung bestimmt.

Die Leitung muss sicherstellen, dass geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb des ambulanten Pflegedienstes eingeführt werden.

Die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden dokumentiert. Sie müssen in dem ambulanten Pflegedienst den jeweils beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein und umgesetzt werden.

Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der pflegebedürftigen Menschen. Der ambulante Pflegedienst trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen bei. Er stellt die Aufnahme, Bearbeitung und gegebenenfalls Lösung von Kundenbeschwerden sicher.

Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung Beteiligten einbezogen.

1.4 Qualitätssicherung

Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre institutionelle Verankerung können höchst unterschiedlich gestaltet werden. Es sind hier Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung zu unterscheiden.

Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jeden ambulanten Pflegedienst. Jeder ambulante Pflegedienst ist für die Qualität der Leistungen, die er den Versicherten gegenüber erbringt, verantwortlich.

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

2 Leistungserbringer

Leistungserbringer für die ambulante Pflege sind

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

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



3 Qualitätsmaßstäbe

3.1 Strukturqualität

3.1.1 Sachliche Ausstattung und Organisation

Der ambulante Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Lage sein muss, eine den Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung entsprechende ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von pflegebedürftigen Menschen in ihrem Einzugsgebiet zu gewährleisten. Kooperationen in der Region können gebildet werden.

Der ambulante Pflegedienst erbringt die mit dem pflegebedürftigen Menschen vereinbarten Leistungen rund um die Uhr, einschließlich an Sonn- und Feiertagen.

Konkret bedeutet dies: Der ambulante Pflegedienst ist für die von ihm versorgten pflegebedürftigen Menschen ständig erreichbar und führt die vereinbarten Leistungen durch. Der Nachweis hierfür kann beispielsweise durch den Dienstplan geführt werden, wenn hierin Ruf-/Einsatzbereitschaftsdienste ausgewiesen sind. Eine ständige Erreichbarkeit ist nicht gegeben, wenn lediglich ein Anrufbeantworter erreichbar ist oder E-Mails zugesandt werden können.

Der ambulante Pflegedienst muss über eigene Geschäftsräume verfügen.

Personenbezogene Unterlagen bewahrt der ambulante Pflegedienst für Unbefugte unzugänglich auf. Wohnungsschlüssel der pflegebedürftigen Menschen werden für Unbefugte unzugänglich und nicht zuordnungsfähig in der Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes aufbewahrt.

3.1.2 Personelle Ausstattung

Die vom ambulanten Pflegedienst angebotene ambulante Pflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe in der Pflege,
- die Umsetzung des Pflegekonzepts,
- die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
- die an dem Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte,
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des ambulanten Pflegedienstes.

Ist die Pflegeeinrichtung Teil einer Verbundeinrichtung, für die ein Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2 SGB XI abgeschlossen worden ist, kann die verantwortliche Pflegefachkraft für mehrere oder alle diesem Verbund angehörenden Pflegeeinrichtungen verantwortlich sein, wenn dies im Vertrag so vereinbart ist und die gesetzlichen Anforderungen an die qualitätsgesicherte Leistungserbringung dadurch nicht beeinträchtigt werden.

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes stellt sicher, dass bei Ausfall (z. B. durch Verhinderung, Krankheit, Ausscheiden oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach Nummer 3.1.5.1 gewährleistet ist. Diese sollte in der Regel sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein.

3.1.3 Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes ist verpflichtet, die erforderliche fachliche Qualifikation der Leitung und aller in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Grund von Einarbeitungskonzepten und durch geplante funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Dazu erstellt der Träger einen schriftlichen Fortbildungsplan, der vorsieht, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend der individuellen Notwendigkeiten in die Fortbildungen einbezogen werden.

Das Fachwissen der Leitung und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist regelmäßig zu aktualisieren. Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

3.1.4 Schriftliche Vorstellung des ambulanten Pflegedienstes und Darlegung des Angebots

Hierin können u. a. Informationen enthalten sein über

- das vorgehaltene Leistungsangebot,
 - Preise für Leistungen,
 - Informationen zum Pflegevertrag,
 - die Form und Durchführung der Leistungserbringung,
 - das Pflegekonzept,
 - die personelle Ausstattung,
 - die Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit des ambulanten Pflegedienstes,
 - Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten,
 - Wahrnehmung von Beratungsfunktionen,
-



- Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

3.1.5 Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft

3.1.5.1 Berufsabschlüsse

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die eine Ausbildung als

- a) Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger oder
- b) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
- c) Altenpflegerin oder Altenpfleger (eine vor Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes (AltPflG) nach landesrechtlichen Vorschriften erteilte Anerkennung als staatlich anerkannte Altenpflegerin oder als staatlich anerkannter Altenpfleger wird als Erlaubnis nach § 1 des Gesetzes anerkannt) oder
- d) Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherin oder Heilerzieher mit staatlicher Anerkennung, soweit der Pflegedienst überwiegend behinderte Menschen pflegt und betreut,

abgeschlossen haben.

3.1.5.2 Berufserfahrung

Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein in Nummer 3.1.5.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde. Für die Rahmenfrist gilt § 71 Absatz 3 Satz 3 bis 5 SGB XI.

3.1.5.3 Inhalte der Weiterbildung

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

- Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen),
- psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie
- die Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegetwissen, Pflegeorganisation).

Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20 % oder 150 Stunden in Präsenzphasen vermittelt worden sein. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

3.1.5.4 Übergangsregelung

Sofern von der Regelung nach Nummer 3.1.2.2 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 10. Juli 1995 (in der Fassung vom 31. Mai 1996) Gebrauch gemacht und auf begründeten Antrag von der Weiterbildungsanforderung für verantwortliche Fachkräfte abgesehen wurde, bleiben die Regelungen für die betroffenen verantwortlichen Pflegefachkräfte unberührt.

Für Pflegefachkräfte, die eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen im Umfang von 460 Stunden vor dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung abgeschlossen oder begonnen haben, wird diese mit erfolgreichem Abschluss als gleichwertig anerkannt, auch wenn die Inhalte der Weiterbildung von denen in Nummer 3.1.5.3 abweichen.

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass im Wege der verfassungskonformen Auslegung folgende Übergangsregelung vereinbart werden kann:

Pflegefachkräfte, die in der Zeit vom 24. September 2002 bis zum 30. Juni 2008 entsprechend den gesetzlichen Anforderungen die Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft in einem ambulanten Pflegedienst aufgenommen haben und bei denen die Landesverbände der Pflegekassen die Ausübung dieser Tätigkeit auch ohne eine entsprechende Weiterbildungsmaßnahme nicht beanstandet haben, können ihre Tätigkeit in dem ambulanten Pflegedienst, in dem sie am 30. Juni 2008 beschäftigt waren, bis zum 30. Juni 2011 weiterhin ausüben. Für die Ausübung der Tätigkeit nach dem 30. Juni 2011 ist der Nachweis der erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung nach Nummer 3.1.5.3 erforderlich.

3.1.5.5 Beschäftigungsverhältnis der verantwortlichen Pflegefachkraft

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 Eigentümer oder Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegedienstleitung sich auf den jeweiligen ambulanten Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte.

3.1.6 Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Der ambulante Pflegedienst hat unter Berücksichtigung von Nummer 3.1.7 den individuellen Erfordernissen der pflegebedürftigen Menschen auch bei Ausfall (z. B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) – entsprechend den



jeweiligen Leistungen in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung – geeignete Kräfte vorzuhalten und entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation einzusetzen.

Zu den geeigneten Kräften gehören insbesondere:

- Krankenschwestern/Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
- Altenpflegerinnen/Altenpfleger gemäß § 1 AltPflG in der jeweils geltenden Fassung,
- staatlich anerkannte Haus- und Familienpflegerinnen/Haus- und Familienpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- Haus- und Familienpflegehelferinnen und Familienpflegehelfer,
- Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger,
- Heilerziehungspflegehelferinnen und Heilerziehungspflegehelfer,
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter,
- Fachhauswirtschafterinnen/Fachhauswirtschafter,
- Dorfhelferinnen/Dorfhelfer,
- Familienbetreuerinnen/Familienbetreuer.

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

3.1.7 Kooperationen mit anderen ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten

Zugelassene ambulante Pflegedienste können mit anderen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten kooperieren. Die Kooperation dient der Ergänzung/Erweiterung des Leistungsangebotes des ambulanten Pflegedienstes. Soweit ein ambulanter Pflegedienst die Leistungen anderer ambulanter Pflegedienste in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem auftraggebenden ambulanten Pflegedienst bestehen.

3.2 Prozessqualität

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

3.2.1 Pflegeprozess

3.2.1.1 Erstbesuch und Informationssammlung

Der ambulante Pflegedienst führt beim pflegebedürftigen Menschen einen Erstbesuch durch, um sich über die aktuelle Pflegesituation des pflegebedürftigen Menschen und das pflegerelevante Umfeld zu informieren. Dabei sind erkennbare Probleme, Risiken und Gefährdungen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des pflegebedürftigen Menschen zu erfassen. Die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege, die Notwendigkeit von vorbeugenden Maßnahmen gegen Sekundärerkrankungen und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess sind herauszuarbeiten. Der pflegebedürftige Mensch, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen.

Sofern der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen für die pflegerische Versorgung relevante Unterlagen, wie beispielsweise den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung empfohlenen Pflegeplan oder den Versorgungsplan der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vorlegen, sind diese beim Erstbesuch heranzuziehen.

Der ambulante Pflegedienst erfragt, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den pflegebedürftigen Menschen, den Angehörigen, den ambulanten Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. Hierbei ist die soziale und kulturelle Integration des pflegebedürftigen Menschen in das gesellschaftliche Umfeld zu beachten.

Der ambulante Pflegedienst informiert über das Leistungs- und Vergütungssystem und berät bei der Auswahl geeigneter Leistungen nach dem SGB XI (Leistungskomplexe/Einsätze) sowie über Prophylaxen unabhängig von deren rechtlicher Zuordnung. Den angemessenen Wünschen des pflegebedürftigen Menschen ist dabei Rechnung zu tragen.

Über Art, Inhalt und Umfang der vereinbarten Leistungen wird ein Pflegevertrag gemäß § 120 SGB XI abgeschlossen, in dem auch die vereinbarten Vergütungen dargestellt werden. Dabei weist der ambulante Pflegedienst darauf hin, dass Kosten oberhalb der jeweiligen Sachleistung der Pflegekasse von dem pflegebedürftigen Menschen selbst zu tragen sind.

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



3.2.1.2 Elektronische Pflegedokumentation

Wird die Pflegedokumentation in elektronischer Form erstellt, stellt der Pflegedienst sicher, dass die pflegebedürftige Person¹ sowie die an der Versorgung Beteiligten für ihre Leistungsbereiche plattformunabhängig und technisch barrierefrei Einsicht in die Inhalte der elektronischen Pflegedokumentation nehmen können. Zudem wird technisch sichergestellt, dass Aktualisierungen bzw. Änderungen nachvollziehbar dargestellt werden.

Ist der pflegebedürftigen Person² eine Einsicht in die elektronische Pflegedokumentation nicht möglich, hat der ambulante Pflegedienst die Pflegedokumentation der pflegebedürftigen Person³ unverzüglich in Papierform zur Verfügung zu stellen. Dabei sind die Anforderungen an den Datenschutz und an die Datensicherheit zu beachten.

Wichtige Stamm- und Notfalldaten, die in der Pflegedokumentation enthalten sind, sind bei der pflegebedürftigen Person weiterhin in Papierform aufzubewahren. Dies beinhaltet die Stammdaten der pflegebedürftigen Person, Kontaktdaten des Pflegedienstes, medizinische und pflegerelevante Hauptdiagnosen, vorliegende Erkenntnisse des Pflegedienstes zu ärztlich verordneten Medikamenten⁴, Allergien/Unverträglichkeiten, die in den Stammdaten hinterlegten Kontaktdaten der An- und Zugehörigen und gegebenenfalls eine Patientenverfügung bzw. eine Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung in der dem Pflegedienst vorliegenden Version bzw. Angaben zum Aufbewahrungsort.

Soweit dem Pflegedienst eine Einwilligung der pflegebedürftigen Person⁵ vorliegt, sind allen an der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Person beteiligten Personen, insbesondere Ärztinnen/Ärzte, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sowie Betreuungskräfte, die für die jeweilige Behandlung erforderlichen Informationen über einen Online-Zugriff mit gesonderten Zugriffsrechten für ihren Bereich zu gewähren. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Perspektivisch wird die Telematikinfrastruktur auch für den Datenaustausch im Bereich der elektronischen Pflegedokumentation verwendet. Die Absätze 2 und 3 bleiben hiervon unberührt.

Gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen gelten auch für die elektronische Pflegedokumentation.

3.2.1.3 Pflegeplanung und -dokumentation

Die Pflegedokumentation dient der Unterstützung des Pflegeprozesses, der Sicherung der Pflegequalität und der Transparenz der Pflegeleistung. Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein und sich am Pflegeprozess orientieren. Veränderungen des Pflegezustandes im Zusammenhang mit den vereinbarten Leistungen sind aktuell zu dokumentieren.

Die Anforderungen an die Pflegedokumentation und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen für die Pflegesituation relevant sowie verhältnismäßig sein und dürfen für die Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.

Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden fünf Bereichen Aussagen, innerhalb dieser Bereiche werden alle für die Erbringung der vereinbarten Leistungen notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereitgestellt.

Diese Bereiche sind:

- Stammdaten,
- Pflegeanamnese/Informationssammlung inklusive Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten,
- Pflegeplanung,
- Pflegebericht,
- Leistungsnachweis.

Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen gegebenenfalls zu erweitern.

Der ambulante Pflegedienst handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplans. Die Leistungen sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

Der ambulante Pflegedienst fertigt für die im Pflegevertrag vereinbarten Leistungen eine Pflegeplanung an.

Ziel der Pflegeplanung ist es, unter Einbeziehung des pflegebedürftigen Menschen, im Rahmen der vereinbarten Leistungen die Fähigkeiten, Ressourcen und Pflegeprobleme des pflegebedürftigen Menschen zu identifizieren sowie Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegeplanung ist entsprechend der Entwicklung des Pflegeprozesses zu evaluieren und kontinuierlich zu aktualisieren.

Wenn für die Pflegekraft offensichtlich erkennbar ist, dass Leistungen für den pflegebedürftigen Menschen erforderlich sind, von diesem aber nicht abgefragt werden, ist dies in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Die Pflegedokumentation ist beim pflegebedürftigen Menschen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim pflegebedürftigen Menschen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim ambulanten Pflegedienst zu hinterlegen.

¹ Oder die gesetzliche Vertreterin/der gesetzliche Vertreter und/oder die bevollmächtigten Personen.

² Ebd.

³ Ebd.

⁴ Die Regelungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bleiben unberührt.

⁵ Oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters und/oder der bevollmächtigten Personen.



Der ambulante Pflegedienst hat die Pflegedokumentation nach der hier geltenden Regelung mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

3.2.2 Einsatzplanung und Pflegeteams

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 Menschen festgelegt werden und einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung im Rahmen der vereinbarten Leistungen entsprechen.

Zwischen den an der Pflege Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden. Innerhalb des ambulanten Pflegedienstes finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt.

3.2.3 Hinweise, Tipps und Informationen im Rahmen der Leistungserbringung

Im Rahmen der Leistungserbringung gibt der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen und den Angehörigen bei Bedarf Hinweise, Tipps und Informationen zur Verbesserung der Pflege und Versorgungssituation.

3.2.4 Zusammenarbeit

Die ambulanten Pflegedienste arbeiten zur Sicherung der Versorgung insbesondere mit

- der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt,
- Heilmittelerbringern und
- stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen

zusammen.

Darüber hinaus sollen ambulante Pflegedienste mit vorhandenen Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen Kräften, Pflegestützpunkten zusammenarbeiten.

3.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf den pflegebedürftigen Menschen. Sie zeigt sich in dem im Rahmen der geplanten Pflege erreichten Zustand des pflegebedürftigen Menschen.

Das Ergebnis von Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung ist regelmäßig zu überprüfen und mit dem pflegebedürftigen Menschen und soweit notwendig mit den an der Pflege Beteiligten zu erörtern. In der Pflegedokumentation ist nachvollziehbar und aktuell dargestellt, wie und ob das geplante Ziel erreicht ist.

Bei der Überprüfung der Ergebnisqualität anhand untenstehender Kriterien sind die Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen sowie die Pflege durch Angehörige und andere Pflegepersonen zu berücksichtigen. Die Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes für die Ergebnisqualität erstreckt sich auf die mit dem pflegebedürftigen Menschen vereinbarten und von diesen abgerufenen Leistungen.

Kriterien für eine gute Ergebnisqualität⁶ sind:

- Die Pflege und die hauswirtschaftliche Versorgung erfolgen geplant. Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses und die hauswirtschaftliche Versorgung sind aus der Pflegedokumentation ablesbar.
- Bei der Erbringung der Leistungen sind die Ressourcen, Risiken, Wünsche sowie pflegerelevante biografische Besonderheiten des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt worden.
- Die Durchführung der Pflegeinterventionen ist erkennbar auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit und Lebensqualität gerichtet.
- Dem pflegebedürftigen Menschen sind keine körperlichen Schäden (Sekundärschäden) entstanden.
- Soweit Leistungen im Bereich der Ernährung/Flüssigkeitszufuhr erbracht werden, sind die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt.
- Die einschlägigen Anforderungen an Hygiene und Sauberkeit sind eingehalten.
- Der pflegebedürftige Mensch entscheidet bei der Durchführung der Pflegeintervention und hauswirtschaftlichen Versorgung selbst und wird in seiner Eigenständigkeit unterstützt.
- Der pflegebedürftige Mensch hat unter Beachtung der Selbstpflegefähigkeit die notwendige Unterstützung bei der Leistungserbringung erhalten.
- Zuverlässigkeit und personelle Kontinuität.

⁶ Protokollnotiz:

Unter den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen. Dabei wird insbesondere zu prüfen sein, ob die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Forschungsprojekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten in der stationären Altenhilfe“ auf die ambulanten Pflegedienste übertragen werden können. Diese Ergebnisse liegen seit Februar 2011 vor.



- Der pflegebedürftige Mensch und gegebenenfalls seine Angehörigen/Pflegepersonen haben im Rahmen der Leistungserbringung Hinweise, Tipps und Informationen zur Verbesserung der Pflege und Versorgungssituation erhalten.

Wesentliche Kriterien zur Messung der Ergebnisqualität sind insbesondere in der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) vom 29. Januar 2009 aufgeführt.

4 Maßnahmen des ambulanten Pflegedienstes zur Qualitätssicherung

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes ist im Rahmen seines Qualitätsmanagements dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt, durchgeführt und in ihrer Wirkung ständig überprüft werden. Er veranlasst die Einführung und Anwendung anerkannter Verfahrensstandards in der ambulanten Pflege.

Der Träger soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung können sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung,
- interne Audits,
- externe Audits.

Der ambulante Pflegedienst hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen diesen nachzuweisen.

5 Anforderungen an unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen sowie an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren

Die Anforderungen an unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen sowie an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Absatz 4 SGB XI für den ambulanten und stationären Pflegebereich sind in der Anlage 1 geregelt, diese ist verbindlicher Bestandteil dieser Vereinbarung.

6 Maßnahmen in Krisensituationen

Für den Fall akuter Krisensituationen, wie Pandemien oder Unwetter/Naturkatastrophen, die Einfluss auf die Versorgung haben, hält der Träger eines ambulanten Pflegedienstes in Absprache mit den Gefahrenabwehrbehörden seiner Kommune ein Krisenkonzept vor. Für den Fall von anhaltenden Stromausfällen sind Regelungen zur Aufrechterhaltung der Erreichbarkeit und internen Kommunikation vorzunehmen. Das Krisenkonzept soll die grundsätzliche strukturelle Handlungs- und Arbeitsfähigkeit des Pflegedienstes sicherstellen. Der Träger hält einen Pandemieplan entsprechend den Vorgaben der Gesundheitsbehörde vor.

Der Träger ist im Rahmen des internen Qualitätsmanagements dafür verantwortlich, Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen festzulegen, im Rahmen der zur Verfügung gestellten Ressourcen durchzuführen, in ihrer Wirkung zu überprüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Die Maßnahmen müssen anpassungsfähig sein, damit jederzeit auf die Dynamik einer Krise reagiert werden kann. Die Erstellung und Umsetzung von Krisenkonzepten stellen eine Weiterentwicklung vorangegangener Normsetzungsverträge dar und gehen gegebenenfalls mit zusätzlichen Ressourcen einher.

Die Maßnahmen sind darauf auszurichten, dass im Fall einer Krise die vertraglich vereinbarten Leistungen erfüllt werden können. Dabei sind elementare körperliche und psychische Grundbedürfnisse prioritär zu berücksichtigen.

Der ambulante Pflegedienst verfügt über ein Krisenkonzept, in dem Maßnahmen zur grundsätzlichen Bewältigung der einzelnen Krisensituationen beschrieben sind. Sofern der Pflegedienst Betreiber einer trägerorganisierten Wohngemeinschaft ist, bezieht sich das Krisenkonzept auch auf diesen Bereich. Notwendige Bestandteile des Konzepts sind:

- die Festlegung einer oder mehrerer Personen (Pflegedienstleitung, Geschäftsführung etc.) sowie deren Vertretung, die das Krisenmanagement steuern und die Entscheidungen treffen, welche Schritte eingeleitet werden.
 - Festlegungen der unbedingt erforderlichen innerbetrieblichen Maßnahmen für die jeweilige Krisensituation.
 - Festlegungen zur Aufrechterhaltung der innerbetrieblichen Kommunikation und Kommunikationswege für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
 - Festlegungen zur Kommunikation, Abstimmung und Zusammenarbeit, insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, zuständigen Behörden, wie der Gefahrenabwehrbehörde der Kommunen und weiteren Organisationen.
 - Festlegung der Kommunikation mit den für die Versorgung notwendigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern (z. B. An- und Zugehörige, gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter) zu den Aufgaben des Krisenmanagements.
 - Festlegungen zur Beschaffung und Bevorratung von erforderlichen sächlichen Ressourcen (z. B. Schutzausrüstung).
-



Die Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller betroffenen Versorgungsbereiche über das Krisenkonzept ist sicherzustellen.

7 Inkrafttreten, Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Monats in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei jederzeit mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Die Anlage 1 nach Nummer 5 dieser Vereinbarung kann ganz oder teilweise gesondert von jeder Vertragspartei jederzeit mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden.

Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

Kommt eine neue Vereinbarung innerhalb von sechs Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann jede Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anrufen.

Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

Berlin, den 9. November 2022

Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege

Dr. Monika Kücking

Bernd Tews
