

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten-  
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-  
vom 29. Januar 2009**

GKV-Spitzenverband<sup>1</sup>

Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Inhalt:

---

<sup>1</sup> 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 des ambulanten Pflegedienstes

§ 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**

*Durch das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I, S. 874) wurde § 115 Abs. 1a SGB XI eingeführt. Danach stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden. Dabei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse zugrunde zu legen. Der 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) vereinbarten unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (§ 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI). Dabei wurden die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene beteiligt.*

*Die Vertragsparteien haben am 29. Januar 2009 nach Durchführung des Beteiligungsverfahrens diese Vereinbarung in dem Wissen geschlossen, dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt. Diese Vereinbarung ist deshalb als vorläufig zu betrachten und dient der vom Gesetzgeber gewollten schnellen Verbesserung der Transparenz für die Verbraucher über die Leistungen und deren Qualität von ambulanten Pflegediensten. 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 Ende 2010 erwarteten Ergebnisse des vom BMG und vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“ auf die ambulanten Pflegedienste übertragen werden können.*

## **§ 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 Kunden<sup>2</sup>

## **§ 2** **Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen**

Die je ambulanten Pflegedienst in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen mit Sachleistungsbezug werden entsprechend der Verteilung nach Pflegestufen und innerhalb dieser zufällig ausgewählt. Es werden 10 v. H., jedoch mindestens fünf und höchstens 15 pflegebedürftige Menschen in die Prüfung einbezogen.

## **§ 3** **Bewertungssystematik für die Kriterien**

(1) Für die Bewertung der in der Anlage 1 aufgeführten Kriterien gelten folgende Grundsätze:

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

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

---

<sup>2</sup> 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.

#### **§ 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, das Gesamtergebnis sowie mögliche Ergebnisse gleichwertiger Prüfungen. 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 zum 1. Februar 2009 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter. 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.
- (3) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

Berlin, den

---

GKV-Spitzenverband,  
Berlin

Essen, den

---

Verband Deutscher Alten- und  
Behindertenhilfe e. V., Essen

Hannover, den

---

Arbeitgeber- und Berufsverband  
Privater Pflege e. V., Hannover

Berlin, den

---

Bundesverband privater Anbieter  
Sozialer Dienste e. V., Berlin

Berlin, den

---

Bundesarbeitsgemeinschaft  
Hauskrankenpflege e. V., Berlin

Freiburg, den

---

Deutscher Caritasverband e. V.,  
Freiburg

Berlin, den

---

DRK-Generalsekretariat,  
Berlin

Frankfurt, den

---

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden  
in Deutschland e. V., Frankfurt am Main

Hannover, den

---

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.,  
Hannover

Essen, den

---

Bundesverband Ambulante Dienste  
und Stationäre Einrichtungen e. V.,  
Essen

Berlin, den

---

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.,  
Berlin

Berlin, den

---

Deutscher Paritätischer Wohlfahrts-  
verband Gesamtverband e. V., Berlin

Berlin, den

---

Diakonisches Werk der EKD e. V.,  
Berlin

Köln, den

---

BKSB – Bundesverband der  
kommunalen Senioren- und  
Behinderteneinrichtungen e. V.,  
Köln<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Die Eigenschaft des BKSB – Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. als eine Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene i. S. v. § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI ist nicht abschließend geklärt. Der BKSB wird aufgrund einer einstweiligen Anordnung des Sozialgerichts Köln vom 22.09.2008 (Az.: S 23 P 158/08 ER) vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem derzeit vor dem Sozialgericht Köln unter dem Az.: S 23 P 181/08 anhängigen Hauptsacheverfahren als Vertragspartner behandelt.

Berlin, den

---

DBfK-Bundesverband,<sup>4</sup>  
Berlin

---

<sup>4</sup> Die Eigenschaft des DBfK– Bundesverbandes als Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene i. S. v. § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI ist nicht abschließend geklärt. Der DBfK wird vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem derzeit vor dem Sozialgericht Frankfurt unter dem Az.: S 9 P 92/08 anhängigen Hauptsacheverfahren als Vertragspartner behandelt.

Köln, den

---

BHK Bundesverband Häuslicher Kinderkrankenpflege,<sup>5</sup>  
Köln

---

<sup>5</sup> Die Eigenschaft des BHK als Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene i. S. v. § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI ist nicht abschließend geklärt. Die Klärung wird herbeigeführt, wenn die Entscheidung des Sozialgerichts Köln, die von der BKSB im Zusammenhang mit der einstweiligen Anordnung vom 22.09.2008 (Az.: S 23 P 158/08 ER) beantragt wurde, vorliegt.

Bundesvereinigung der kommunalen  
Spitzenverbände

---

Deutscher Landkreistag, Berlin

---

Deutscher Städtetag, Köln

---

Deutscher Städte- und Gemeindebund; Berlin

Münster, den

---

Bundesarbeitsgemeinschaft der  
überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Münster

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten  
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-  
vom 29. Januar 2009**

**Anlage 1  
Kriterien der Veröffentlichung**

## Bewertungskriterien für die Pflegequalität von ambulanten Pflegediensten

### Qualitätsbereiche:

1. **Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)**
2. **Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (10 Kriterien)**
3. **Dienstleistung und Organisation (10 Kriterien)**
4. **Befragung der Kunden (12 Kriterien)**

	<b>Qualitätsbereich : Pflegerische Leistungen</b>
<b>1</b>	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
<b>2</b>	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
<b>3</b>	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
<b>4</b>	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
<b>5</b>	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?
<b>6</b>	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
<b>7</b>	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?
9	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
11	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?
12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
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	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
	<b>Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen</b>
18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

<b>19</b>	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
<b>20</b>	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
<b>21</b>	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
<b>22</b>	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
<b>23</b>	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
<b>24</b>	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?
<b>25</b>	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
<b>26</b>	Wird die Stomabehandlung* entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?  *Stomaträger sind Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung.
<b>27</b>	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
	<b>Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation</b>

<b>28</b>	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?
<b>29</b>	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die entstehenden Kosten erstellt?
<b>30</b>	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?
<b>31</b>	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?
<b>32</b>	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
<b>33</b>	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?
<b>34</b>	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?
<b>35</b>	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?
<b>36</b>	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?
<b>37</b>	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?
	<b>Qualitätsbereich 4: Befragung der Kunden</b>
<b>38</b>	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?

<b>39</b>	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?
<b>40</b>	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?
<b>41</b>	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
<b>42</b>	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
<b>43</b>	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?
<b>44</b>	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
<b>45</b>	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?
<b>46</b>	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?
<b>47</b>	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?
<b>48</b>	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
<b>49</b>	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten  
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-  
vom 29. Januar 2009**

**Anlage 2  
Bewertungssystematik**

### 1. Bewertungskriterien

Die 49 Bewertungskriterien für die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI werden folgenden Qualitätsbereichen zugeordnet.

<b>Qualitätsbereich</b>	<b>Laufende Nummern (Anzahl der Kriterien)</b>
1. Pflegerische Leistungen	1 bis 17 (17)
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	18 bis 27 (10)
3. Dienstleistung und Organisation	28 bis 37 (10)
4. Befragung der Kunden	38 bis 49 (12)
Zusammen	1 bis 49 (49)

## 2. Bewertungssystematik

### 2.1 Einzelbewertung der Kriterien

Jedes einzelne Kriterium erhält eine Einzelbewertung anhand einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung ist. 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)	8,7 - 10
Gut (1,5 – 2,4)	7,3 - < 8,7
befriedigend (2,5 – 3,4)	5,9 - < 7,3
Ausreichend (3,5 – 4,4)	4,5 - < 5,9
Mangelhaft (4,5 – 5,0)	0 - < 4,5

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

#### Kundenbezogene Kriterien

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

1 bis 28

Ist das Kriterium für den pflegebedürftigen Menschen erfüllt, wird der Skalenwert 10 vergeben, ist es nicht erfüllt, wird es mit dem Skalenwert 0 bewertet. Für alle zur Beurteilung des Kriteriums herangezogenen pflegebedürftigen Menschen wird der Mittelwert errechnet.

Beispiel: Das Kriterium ist bei 8 von 10 einbezogenen pflegebedürftigen Menschen erfüllt. Es wird der Skalenwert 8 vergeben.

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

## **Einrichtungsbezogene Kriterien**

Folgende Kriterien lassen ebenfalls nur eine dichotome (erfüllt/nicht erfüllt) 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:

29 bis 37

## **Befragung der Kunden**

Die Kriterien Nr. 40, 41, 43, 44, und 46 bis 49 der Kundenbefragung sollen mit folgenden vier Bewertungsgraduierungen und Skalenwerten bewertet werden:

<b>Bewertungsgraduierung</b>	<b>Skalenwert</b>
Immer	10
Häufig	7,5
Gelegentlich	5
Nie	0

Die Kriterien Nr. 38, 39, 42 und 45 lassen nur eine dichotome (erfüllt/nicht erfüllt) Bewertung zu. Für sie können daher nur die Skalenwerte 10 oder 0 vergeben werden.

Für die Bewertungen zu jedem einzelnen Kriterium ist der Mittelwert für die Kunden zu ermitteln, die die jeweilige Frage beantwortet haben.

## **2.2 Bewertung der Qualitätsbereiche**

Für jeden der vier Qualitätsbereiche wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien des jeweiligen Qualitätsbereichs ausgewiesen. Sofern Kriterien nicht zutreffen und daher nicht bewertet werden, gehen sie nicht in die Berechnung der Bewertung des jeweiligen Qualitätsbereiches mit ein.

## **2.3 Gesamtbewertung**

Für die Qualitätsbereiche 1 bis 3 wird als Gesamtbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der Kriterien 1 bis 37 ausgewiesen. Sofern Kriterien nicht zutreffen

und daher nicht bewertet werden, gehen sie in die Berechnung der Gesamtbewertung nicht mit ein.

### **3. Darstellung der Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Ebenen (**Anlage 4**) dargestellt. Eine Veröffentlichung der Landesvergleichswerte erfolgt erst, wenn mindestens 20% der ambulanten Pflegedienste in einem Land geprüft sind.

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
<b>sehr gut</b>	1,0	9,74 – 10
	1,1	9,48 - 9,73
	1,2	9,22 - 9,47
	1,3	8,96 - 9,21
	1,4	8,70 - 8,95
<b>gut</b>	1,5	8,56 – 8,69
	1,6	8,42 – 8,55
	1,7	8,28 – 8,41
	1,8	8,14 – 8,27
	1,9	8,00 – 8,13
	2,0	7,86 -7,99
	2,1	7,72 – 7,85
	2,2	7,58 – 7,71
	2,3	7,44 -7,57
	2,4	7,30 -7,43
<b>befriedigend</b>	2,5	7,16 - 7,29
	2,6	7,02 -7,15
	2,7	6,88 - 7,01
	2,8	6,74 - 6,87
	2,9	6,60 - 6,73
	3,0	6,46 - 6,59
	3,1	6,32 - 6,45
	3,2	6,18 - 6,31
	3,3	6,04 - 6,17
	3,4	5,90 - 6,03
<b>ausreichend</b>	3,5	5,76 - 5,89
	3,6	5,62 - 5,75
	3,7	5,48 - 5,61
	3,8	5,34 - 5,47
	3,9	5,20 - 5,33
	4,0	5,06 - 5,19
	4,1	4,92 - 5,05
	4,2	4,78 - 4,91
	4,3	4,64 - 4,77
	4,4	4,50 - 4,63
<b>mangelhaft</b>	4,5	4,36 - 4,49
	4,6	4,22 - 4,35
	4,7	4,08 - 4,21
	4,8	3,94 - 4,07
	4,9	3,80 - 3,93
	5,0	< 0 - 3,79

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten  
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-  
vom 29. Januar 2009**

**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 systematische und regelhafte Erfüllung der Kriterien zu prüfen. Deshalb muss bei der Bewertung auf der Ebene des Kriteriums das Hauptaugenmerk auf die Regelmäßigkeit und Systematik gelegt werden. Offensichtliche Ausnahmefehler in der Dokumentation sollen nicht zu einer negativen Gesamtbeurteilung des ambulanten Pflegedienstes führen.

Derzeit gibt es keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnisqualität der pflegerischen ambulanten Versorgung in Deutschland. Die hier in der Ausfüllanleitung gewählten Beschreibungen sind deshalb als vorläufig zu betrachten und dienen der vom Gesetzgeber gewollten schnellen Verbesserung der Transparenz. Diese Ausfüllanleitung wird zusammen mit der Pflege-Transparenzvereinbarung überarbeitet, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnisqualität vorliegen. Insbesondere ist zu prüfen ob sich Ergebnisse aus dem vom BMG und BMFSFJ geplanten Modellprojekt zur Messung der Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege auf die Beurteilung der Qualität von ambulanten Pflegediensten übertragen lassen.

## **Grundsätze, die im Rahmen der Prüfungen durch die Prüfer zu berücksichtigen sind.**

Die (kundenbezogenen) Kriterien werden immer nur dann erfasst und einer Bewertung zugeführt, wenn der pflegebedürftige Mensch hierzu die entsprechenden SGB XI Leistungen vertraglich mit dem ambulanten Pflegedienst vereinbart hat oder wenn solche Leistungen für den Qualitätsbereich 2 ärztlich verordnet sind. Die Kriterien 5, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 27 und 28 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.

Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten.

## Qualitätsbereiche:

1. Pflegerische Leistungen
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
3. Dienstleistung und Organisation
4. Befragung der Kunden

	<b>Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen</b>
--	--

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.

<b>1 kb</b>	<p>Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.</i></p>
<b>2 kb</b>	<p>Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-</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. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.</i></p>
<b>3 kb</b>	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen</i></p>

	<p><i>Menschen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p>
<p><b>4 kb</b></p>	<p>Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p>
<p><b>5 kb</b></p>	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (MDK 14.8c teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Flüssigkeitsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</i></p>
<p><b>6 kb</b></p>	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (MDK 14.8g teilweise )</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><b>7 kb</b></p>	<p>Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Ernährung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p>
<p><b>8 kb</b></p>	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein</i></p>

	<i>Ernährungsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</i>
<b>9 kb</b>	<p>Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (ähnlich MDK 14.3a)</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>
<b>10 kb</b>	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (ähnlich MDK 14.3d)</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>
<b>11 kb</b>	<p>Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? -neu-</p> <p><i>Diese Kriterien ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch Leistungen der Grundpflege 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 in der Grundpflege. Danach soll in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.</i></p>
<b>12 kb</b>	<p>Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? -neu-</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 Hilfsmittel, haut- und gewebeschonend durchgeführt wurden.</i></p>

<p><b>13 kb</b></p>	<p>Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? -neu-</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen der Grundpflege vereinbart wurden, erkennbar Kontrakturrisiken vorliegen, im Rahmen der vereinbarten Leistungen diese Risiken nachvollziehbar dokumentiert und sofern möglich im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung berücksichtigt wurden (z.B. im Rahmen der vereinbarten Leistung Körperpflege im Bett oder Lagern ggf. eine physiologische Lagerung erfolgt oder im Rahmen der vereinbarten Leistung Mobilität ggf. Bewegungsförderungen erfolgen). Der Nachweis hierüber kann auch im Einzelfall ergänzend im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung erfolgen.</i></p>
<p><b>14 kb</b></p>	<p>Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-</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><b>15 kb</b></p>	<p>Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (MDK 14.10b ähnlich)</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 mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p>
<p><b>16 kb</b></p>	<p>Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (MDK 14.10c ähnlich)</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>Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn</i></p>

	<i>keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i>
<b>17 kb</b>	<p>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12a ähnlich)</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen schriftliche Einwilligungen der pflegebedürftigen Menschen oder richterliche Genehmigungen vorliegen.</i></p> <p><i>Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt, wenn dies aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist und die Maßnahme nur kurzfristig erfolgt. Ggf. ist das Vormundschaftsgericht zu informieren.</i></p>

	<b>Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen</b>
--	--

Kriterien zu Leistungen, für die keine ärztliche Verordnung vorliegt, werden mit "trifft nicht zu" bewertet.

<b>18 kb</b>	<p>Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (MDK 13.23 und 14.2 ähnlich)</p> <p><i>Die Behandlung des Dekubitus / der chronischen Wunde entspricht dem aktuellen Stand des Wissens, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sie entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt,</li> <li>- soweit erforderlich die Prinzipien der lokalen Druckentlastung, bzw. der Kompression umgesetzt werden</li> <li>- die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.</li> </ul> <p><i>Dieses Kriterium kann auch als erfüllt bewertet werden, 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>
<b>19 kb</b>	<p>Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (MDK 13.18g ähnlich)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung durchführt und in der Pflegedokumentation</i></p>

	<p><i>dokumentiert hat. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.</i></p> <p><i>Sofern eine Bedarfsmedikation angeordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, wann welches Medikament in welcher Dosierung verabreicht worden ist.</i></p>
<b>20 kb</b>	<p>Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.5 ähnlich)</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>
<b>21 kb</b>	<p>Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht entsprechend dem Standard/Leitlinien/Richtlinien des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt wurden.</i></p>
<b>22 kb</b>	<p>Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.6 teilweise)</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>
<b>23 kb</b>	<p>Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.12d teilweise)</p>

	<p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert.</i></p>
<p><b>24 kb</b></p>	<p>Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (MDK 13.24)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt werden, das ist der Fall, wenn</i></p> <p><i>a) das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und angeschwollenen Beinen erfolgt,</i></p> <p><i>b) der Kompressionsverband/-strumpf immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt/angezogen wird,</i></p> <p><i>c) der Kompressionsverband/-strumpf beim Anlegen faltenfrei ist.</i></p> <p><i>Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) erfolgt, weil der pflegebedürftige Menschen 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><b>25 kb</b></p>	<p>Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 14.4 teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.</i></p>
<p><b>26 kb</b></p>	<p>Wird die Stomabehandlung* entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)</p> <p>*Stomaträger sind Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung.</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.</i></p>
<p><b>27 kb</b></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</i></p>

	<p><i>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.</i></p> <p><i>Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder</li> <li>- der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.</li> </ul>
	<p><b>Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation</b></p>
<p><b>28 kb</b></p>	<p>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (MDK 12.2a) <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"> <li>- der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder</li> <li>- mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden konnte oder</li> <li>- wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat</li> </ul>
<p><b>29 eb</b></p>	<p>Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? -neu-</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>
<p><b>30 eb</b></p>	<p>Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes</p>

	<p>sicherstellen? -neu-</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>
<b>31 eb</b>	<p>Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen? (MDK 6.12b ähnlich)</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>
<b>32 eb</b>	<p>Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? (MDK 6.12a ähnlich)</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 wurden.</i></p>
<b>33 eb</b>	<p>Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? (MDK 6.13a ähnlich)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Verfahrensanweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden besteht.</i></p>
<b>34 eb</b>	<p>Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden? (MDK 6.8 ähnlich)</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>
<b>35</b>	<p>Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die</p>

<b>eb</b>	<p>leitende Pflegefachkraft geregelt? (MDK 3.1b teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die leitende Pflegefachkraft mit der Festlegung der Verantwortungsbereiche entsprechend der Vereinbarung zu § 80 SGB XI vom 31.05.1996 Ziffer 3.1.1.2, bzw. in der jeweils gültigen Vereinbarung nach § 113 SGB XI vorliegt.</i></p>
<b>36 eb</b>	<p>Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt? (MDK 3.1f ähnlich)</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>
<b>37 eb</b>	<p>Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? (MDK 4.6 teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante 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.</i></p>

	<b>Qualitätsbereich 4: Befragung der Kunden</b>
--	---

Sofern ein Kunde (pflegebedürftiger Mensch) aufgrund von Demenzerkrankungen oder anderen Ursachen nicht auskunftsfähig ist, ist ein anderer Kunde mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Beantwortung der folgenden Fragen auszuwählen. Angehörige oder sonstige Pflegepersonen werden nicht befragt.

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

<b>38</b>	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?
<b>39</b>	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?

<b>40</b>	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? <i>Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.</i>
<b>41</b>	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
<b>42</b>	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
<b>43</b>	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? <i>Anmerkung: Einsatzbereitschaft bezieht sich analog der Frage 37 immer auf die vereinbarten Leistungen</i>
<b>44</b>	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
<b>45</b>	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?
<b>46</b>	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? (ähnlich MDK 10.13) <i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine begründeten Beschwerden vorlagen.</i>
<b>47</b>	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?
<b>48</b>	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (MDK 10.5)
<b>49</b>	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten  
-Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)-  
vom 29. Januar 2009**

**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 Pflegekassen<sup>1</sup> 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. 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 gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI über den ambulanten Pflegedienst vorliegen, übersendet dieser die Unterlagen den Landesverbänden der Pflegekassen zur unverzüglichen Veröffentlichung. Analog ist mit weiteren Prüfergebnissen zu verfahren.

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.

---

<sup>1</sup> 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.

<b>Feld:</b>	<b>Bezeichnung/Beschreibung</b>
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 <sup>2</sup> teilgenommen haben.
8	Überschrift „Qualitätsbereiche“
8.1	Pflegerische Leistungen Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
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.

---

<sup>2</sup> 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.

- 8.3 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 Kunden  
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 9 Überschrift „MDK Ergebnis“
- 9.1 bis 9.5 In diese Felder werden die Noten der MDK-Qualitätsprüfungen der jeweiligen Qualitätsbereiche bzw. des Gesamtergebnisses sowohl numerisch als auch mit ihrer Bezeichnung eingetragen. Diese Felder sind ferner zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen der Qualitätsbereiche bzw. dem Gesamtergebnis mit den jeweils hinterlegten Bewertungen auf der Darstellungsebene 2 entsprechend Muster 2 geführt wird.
- 10 Überschrift „Gleichwertiges Prüfergebnis“
- 10.1 bis 10.5 In diese Felder werden die Noten der den MDK-Qualitätsprüfungen gleichwertigen Prüfergebnisse eingetragen, sofern es solche Prüfergebnisse gibt. Ist dies nicht der Fall, werden die Felder 10.1 bis 10.5 nicht dargestellt. Diese Felder sind ferner zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen der Qualitätsbereiche bzw. dem Gesamtergebnis mit den jeweils hinterlegten Bewertungen auf der Darstellungsebene 2 (entsprechend Muster 2) geführt wird.
- 11 Überschrift „Vergleichswert im Bundesland“
- 11.1 Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Bundesland ist nur einzutragen, wenn das Feld 11.3 ausgefüllt wird.
- 11.2 Die Anzahl der geprüften ambulanten Pflegedienste im Bundesland ist nur einzutragen, wenn das Feld 11.3 ausgefüllt wird.
- 11.3 Der Vergleichswert im Bundesland ist nur einzutragen,

wenn mindestens 20% aller ambulanten Pflegedienste im Bundesland durch den MDK geprüft sind.

- 12 Die Überschrift „Erläuterungen zum Bewertungssystem“ soll verlinkt werden. Der Link führt zu einer entsprechenden laienverständlichen Erläuterung der Bewertungssystematik sowie zur Transparenzvereinbarung mit ihren Anlagen.
- 13 Die Überschrift „Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote“ wird verlinkt. Der Link führt zu einer Aufstellung der zwischen den Vertragspartnern nach § 89 SGB XI vereinbarten Leistungen.
- 14 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 3000 Zeichen inklusive Leerzeichen nicht überschreiten.
- 15 In dieses Feld ist nur das Datum der aktuellen MDK-Qualitätsprüfung einzutragen.
- 16 In dieses Feld ist das Datum der aktuellen gleichwertigen Prüfung nach § 114 Abs. 3 oder 4 SGB XI einzutragen.
- 17 Die Überschrift „Weitere Prüfergebnisse“ ist zu verlinken, wenn der ambulante Pflegedienst weitere Prüfergebnisse veröffentlichen möchte. Der Link führt zu Prüfergebnissen, die weder aus einer MDK-Prüfung noch aus einer gleichwertigen Prüfung nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI stammen. Die Prüfergebnisse müssen aber von einer externen Prüfeinrichtung stammen. Rein interne Qualitätsprüfergebnisse des ambulanten Pflegedienstes dürfen hier nicht veröffentlicht werden.
- 18 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.

In dem Feld 19 ist eine der Antwortkategorien „*Ja*“ oder „*Nein*“ auszufüllen, je nachdem, ob der ambulante Pflegedienst eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt hat oder nicht. Sofern eine Wiederholungsprüfung beantragt wird, ist dies unverzüglich in den Transparenzbericht aufzunehmen.

**Muster 1 „1. Darstellungsebene“**

<b>(1) Qualität des ambulanten Pflegedienstes</b>		<b>(12) Erläuterungen zum Bewertungssystem <a href="#">hier</a></b>	
<b>( 2)“Schnelle Hilfe“</b>		<b>(13) Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote <a href="#">hier</a></b>	
(3) Seestr. 12                      12345 Hafenstadt		<b>(14) Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten <a href="#">hier</a></b>	
(4) Telefon:                      Fax: 02222/999999                      02222/899999		<b>(15) MDK-Qualitätsprüfung: Datum</b>	
(5) Email:                      Internet: <a href="mailto:schnelle.hilfe@xls.de">schnelle.hilfe@xls.de</a>		<b>(16) Gleichwertige Prüfung: Datum</b>	
(6) Anzahl der versorgten Menschen:                      100		<b>(17) Weitere Prüfergebnisse <a href="#">hier</a></b>	
(7.1) Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen:                      12		<b>(18) Kommentar des ambulanten Pflegedienstes <a href="#">hier</a></b>	
(7.2) Anzahl der befragten Kunden                      11		<b>(19) Der ambulante Pflegedienst hat eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt: Ja <input type="checkbox"/>                      Nein <input type="checkbox"/></b>	
<b>(8) Qualitätsbereiche</b>	<b>MDK Ergebnis (9)</b>	<b>Gleichwertiges Prüfergebnis (10)</b>	<b>Vergleichswert im Bundesland (11)</b>
<b>(8.1) Pflegerische Leistungen <a href="#">hier</a></b>	<b>(9.1) Gut 2,4 <a href="#">hier</a></b>	<b>(10.1) <a href="#">hier</a></b>	<b>(11.1) Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Bundesland 1.632</b>
<b>(8.2) Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen <a href="#">hier</a></b>	<b>(9.2) 2,3 gut <a href="#">hier</a></b>	<b>(10.2) <a href="#">hier</a></b>	<b>(11.2) Anzahl der geprüften ambulanten Pflegedienste 322</b>
<b>(8.3) Dienstleistung und Organisation <a href="#">hier</a></b>	<b>(9.3) 3,0 befriedigend <a href="#">hier</a></b>	<b>(10.3) <a href="#">hier</a></b>	
<b>(8.4) Gesamtergebnis (aus allen 37 Fragen der drei Qualitätsbereiche) <a href="#">hier</a></b>	<b>(9.4) 2,4 gut <a href="#">hier</a></b>	<b>(10.4) <a href="#">hier</a></b>	<b>(11.3) 2,3 (gut)</b>
<b>(8.5) Befragung der Kunden <a href="#">hier</a></b>	<b>(9.5) 1,4 sehr gut <a href="#">hier</a></b>	<b>(10.5) <a href="#">hier</a></b>	

## Muster 2 „2. Darstellungsebene“

### Beispiel: Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“

Nr.	Kriterium (in Klammern ist die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen angegeben, auf die das Kriterium zugetroffen hat.)	MDK-Ergebnis bzw. Ergebnis der gleichwertigen Prüfung <sup>3</sup>
18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (2)	2,4
19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (5)	2,5
20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (6)	1,8
21	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? (0)	Dieses Kriterium trifft für die in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen nicht zu.
22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (8)	2,5
23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (1)	2,2
24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (7)	2,7
25	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Anordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (2)	2,4
26	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (1)	2,6
27	Ist bei behandlungspflegerischen Maßnahmen eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? (10)	2,0
<b>Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich</b>		<b>2,3</b>

<sup>3</sup> In dieses Feld wird der Name des Medizinischen Dienstes oder der Name der Prüfinstitution eingetragen, die eine gleichwertige Prüfung durchgeführt hat.

### **Muster 3**

Pflegedienstleitung

Ansprechpartner für weitere Information:

Träger/Inhaber:

ggf. Verband

#### **Besonderheiten**

---

#### **Leistungsangebot**

##### **Ambulante Pflege**

- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Leistungen
- Häusliche Krankenpflege
- Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI

#### **Spezialisierungen, Schwerpunkte und weitere Angebote**