

# Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege nach § 113b SGB XI

## Schiedsspruch

In dem Schiedsverfahren der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI über die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

hat die **Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege nach § 113b SGB XI** die mündliche Verhandlung vom 25. August 2010 durchgeführt und in der Besetzung

**Dr. Engelmann, Prof. Dr. Görres, Prof. Dr. Elsbernd, Bölicke, Stempfle, Frischhut, Schmidt, Pawils, Mauel, Knieling, Twardowsky, Neumann, Stein, Dr. Vorholz, Dr. Baur, Dr. Diedrich, Schemann, Beyer, Moldenhauer, Kesselheim, Blatt, Hüllen und Brüggemann**

entschieden.

Die **Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege nach § 113b SGB XI** hat die weiteren mündlichen Verhandlungen vom 21. Dezember 2010 und 21. Februar 2011 durchgeführt und am 21. Februar 2011 in der Besetzung

**Dr. Engelmann, Prof. Dr. Görres, Prof. Dr. Elsbernd, Wittenius, Stempfle, Frischhut, Schmidt, Hesse, Mauel, Knieling, Pohl, Neumann, Stein, Dr. Bastians-Osthaus, Schemann, Dr. Diedrich, Dr. Kücking, Dr. Mittnacht, Moldenhauer, Szepan, Bendig, Müller und Brüggemann**

entschieden.

In der Sitzung vom 25. August 2010 sind die **Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege** abschließend festgelegt worden. Bezüglich der streitig gewesenen Punkte sind folgende Ergebnisse erzielt worden<sup>1</sup>:

**A. Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege**

**I. Einigung der Schiedsstelle**

Die Schiedsstelle hat sich in der mündlichen Verhandlung auf folgende Formulierungen zu den nachfolgend aufgeführten streitig gewesenen Punkten geeinigt:

**Nr. 1) Überschrift**

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege

**Nr. 2) Präambel (1)**

Diese Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträge, Rahmenverträge, Vergütungsvereinbarungen, Transparenzvereinbarungen) und den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI von den Vertragsparteien zu beachten.

**Nr. 2) Präambel (2)**

Die Parteivertreter der Leistungserbringerverbände nehmen den Antrag auf Ergänzung der Präambel um den Satz:

---

<sup>1</sup> Die Nummerierungen folgen jeweils den Protokollen über die mündlichen Verhandlungen und über die Beschlussfassungen der Schiedsstelle.

„Für alle Einzelpflegekräfte i.S.d. § 77 SGB XI gelten die nachfolgenden Regelungen entsprechend und sind in die Verträge nach § 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XI einzu-  
beziehen.“ zurück.

### **Nr. 3) Ziffer 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.

### **Nr. 4) Ziffer 3.1.1.3 Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Der Träger des ambulanten Pflegedienstes ist verpflichtet, die erforderliche fachliche Qualifikation der Leitung und aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter auf Grund von Ein-  
arbeitungskonzepten und durch geplante funktions- und aufgabenbezogene Fort-  
und Weiterbildung sicherzustellen. Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

Die unstreitigen Formulierungen zu Ziffer 3.1.1.3 bleiben von der Änderung unberührt.

### **Nr. 5) Ziffer 3.2.1.2 Pflegeplanung und -dokumentation**

Die Parteien verständigen sich darauf, dass für eine Einigung auch Änderungen zu  
Ziffer 3.2.1.1 Erstbesuch und Informationssammlung erforderlich sind. Folgende  
Änderungen werden konsentiert:

Ziffer 3.2.1.1 Erstbesuch und Informationssammlung

Absatz 1 und 3 werden wie folgt gefasst:

- Der ambulante Pflegedienst führt beim Pflegebedürftigen einen Erstbesuch durch, um sich über die aktuelle Pflegesituation des Pflegebedürftigen 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, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen.

- 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 ist dabei Rechnung zu tragen.

#### Ziffer 3.2.1.2 Pflegeplanung und -dokumentation

Anstelle der von den Parteien streitig gestellten Formulierungen zu 3.2.1.2 werden folgende Sätze ergänzt: „Der ambulante Pflegedienst handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Diese Leistungen sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.“

## **II. Entscheidung der Schiedsstelle**

Hinsichtlich des nicht geeinigten Punktes hat die Schiedsstelle beschlossen:

### **Nr. 2) Präambel (1):**

Die Präambel wird nach Satz 1 um den Satz

„Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung im Verhältnis zu den vorangegangenen Normsetzungsverträgen.“ ergänzt.

## **III. Fassung der MuG ambulant nach redaktioneller Abstimmung**

Die Schiedsstelle hat vereinbart, dass Vertreter der Leistungserbringer und der Leistungsträger auf der Grundlage der Schiedsstelleneinigung und des Schiedsstellenbeschlusses eine danach erforderliche redaktionelle Abstimmung der MuG ambulant und stationär vornehmen. Diese ist erfolgt. Die MuG ambulant haben nach Überprüfung durch den Vorsitzenden der Schiedsstelle

**folgende Fassung:**

## **Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011**

### **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 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträgen, Rahmenverträgen, Vergütungsvereinbarungen, Transparenzvereinbarungen) und den Richtlinien nach § 114a Abs. 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 Biographie 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 ggf. 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 ggf. 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 Mitarbeiter<sup>2</sup> 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 ggf. 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 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 ggf. 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.

---

<sup>1</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 jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

## 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 - selbständig 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 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 Pflegekonzeptes
- 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 Abs. 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 Ziffer 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 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 Mitarbeiter entsprechend der individuellen Notwendigkeiten in die Fortbildungen einbezogen werden.

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

### **3.1.4 Schriftliche Vorstellung des ambulanten Pflegedienstes und Darlegung des Angebotes**

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 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (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 unter Ziffer 3.1.5.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde. Für die Rahmenfrist gilt § 71 Abs. 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 Ziffer 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 (i. d. F. 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 Ziffer 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 24.09.2002 bis zum 30.06.2008 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 30.06.2008 beschäftigt waren, bis zum 30.06.2011 weiterhin ausüben. Für die Ausübung der Tätigkeit nach dem 30.06.2011 ist der Nachweis der erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung nach Ziffer 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 Mitarbeiter**

Der ambulante Pflegedienst hat unter Berücksichtigung von Ziffer 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 des Altenpflegegesetzes in der jeweils geltenden Fassung,
- staatlich anerkannte Haus- und Familienpflegerinnen/Haus- und Familienpfleger,
- Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer,
- staatlich anerkannte Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer,
- Haus- und Familienpflegehelferinnen und -helfer,
- Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger,
- Heilerziehungspflegehelferinnen und -helfer,
- 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 ambulanten 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 pflegerrelevante 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 bspw. 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 gem. § 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 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 inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten,
- Pflegeplanung,
- Pflegebericht,
- Leistungsnachweis.

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

Der ambulante Pflegedienst handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. 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.

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

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

zusammen.

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

### 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 diesem abgerufenen Leistungen.

Kriterien für eine gute Ergebnisqualität<sup>3</sup> 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.
- Der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen/Pflegepersonen haben im Rahmen der Leistungserbringung Hinweise, Tipps und Informationen zur Verbesserung der Pflege und Versorgungssituation erhalten.

---

<sup>2</sup> **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 BMG und vom BMFSFJ 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.



Wesentliche Kriterien zur Messung der Ergebnisqualität sind insbesondere in der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) vom 29.01.2009 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 Abs. 4 SGB XI für den ambulanten und stationären Pflegebereich sind in der Anlage 1 geregelt, diese ist verbindlicher Bestandteil dieser Vereinbarung.

#### **6 Inkrafttreten, Kündigung**

Die Vereinbarung tritt am 1. Juni 2011 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei jederzeit mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Die Anlage 1 nach Ziffer 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.

## **B. Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der stationären Pflege**

### **I. Einigung der Schiedsstelle**

Die Schiedsstelle hat sich in der mündlichen Verhandlung vom 25. August 2010 auf folgende Formulierungen zu den nachfolgend aufgeführten streitig gewesenen Punkten geeinigt:

#### **Nr. 1) Überschrift**

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der stationären Pflege vom ...

#### **Nr. 2) Präambel Satz 1**

Die Parteien sind sich mit Ausnahme des VDAB einig, dass die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung von den Maßstäben und Grundsätzen erfasst werden. Wegen des generellen Vorbehalts des VDAB werden alle Streitgegenstände, die die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung betreffen, der Schiedsstelle zur Entscheidung vorgelegt.

#### **Nr. 4) Präambel Satz 3**

Diese Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträge, Rahmenverträge, Pflegesatzvereinbarungen, Transparenzvereinbarungen) und den Richtlinien nach § 114 a Abs. 7 SGB XI von den Vertragsparteien zu beachten.

#### **Nr. 6) Grundsätze, 1.1 Ziele 8. Spiegelstrich (neu)**

- bei der Pflege von Kindern und Jugendlichen ist den besonderen Belangen der Kinder und Jugendlichen Rechnung zu tragen.

#### **Nr. 15) 2. Strukturqualität, 2.2 Pflege, 2.2.2.1 Ausbildung Satz 2**

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI 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 abgeschlossen haben (Eine vor Inkrafttreten des Gesetzes über die Altenpflege [AltPflG] nach landesrechtlichen Vorschriften erteilte Anerkennung als staatlich anerkannte Altenpflegerin oder als staatlich anerkannter Altenpfleger wird als Erlaubnis nach § 1 dieses Gesetzes anerkannt).

Der ursprünglich mit Schriftsatz vom 21. April 2010 von den Leistungserbringern vorgeschlagene Satz 2 wird nicht übernommen.

**Nr. 16) 2. Strukturqualität, 2.3 Hauswirtschaftliche Versorgung**

Der Vorschlag der Leistungsträger wird hier nicht übernommen und unter Punkt 3.2 (Synopsis Nr. 25) diskutiert.

**Nr. 18) 2. Strukturqualität, 2.4 Weitere personelle Strukturanforderungen, 2.4.2 Fort- und Weiterbildung Satz 2-4**

Die Regelung zu 2.4.2 wird wie folgt gefasst:

Satz 1: Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die erforderliche fachliche Qualifikation der Leitung und aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter auf Grund von Einarbeitungskonzepten und durch geplante funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen.

Satz 2: Dazu erstellt der Träger einen schriftlichen Fortbildungsplan, der vorsieht, dass alle in der Pflege und sozialen Betreuung tätigen Mitarbeiter entsprechend der individuellen Notwendigkeiten in die Fortbildungen einbezogen werden.

Satz 3: Leitung und Mitarbeiter aktualisieren ihr Fachwissen regelmäßig.

Satz 4: Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

**Nr. 23) 3. Prozessqualität 3.1.1.3 Pflegeplanung und -dokumentation Satz 4**

Veränderungen des Pflegezustandes sind aktuell (bis zur nächsten Übergabe) zu dokumentieren.

**Nr. 24) 3. Prozessqualität 3.1.1.3 Pflegeplanung und -dokumentation ab Satz 9**

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

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Diese sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

Zu Beginn der Versorgung erstellt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine umfassende Informationssammlung über Ressourcen, Risiken, Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten. Hierbei sind die notwendigen Prophylaxemaßnahmen (z. B. gegen Dekubitalgeschwüre, Pneumonien, Stürze und Kontrakturen) in der Dokumentation zu berücksichtigen. Bezugspersonen sind in die Pflegeplanung einzubeziehen.

**Nr. 31) 3.2.2 Prozesse der Leistungserbringung:**

Nr. 31 wird einvernehmlich gestrichen.

**Nr. 35) 3.3 Angebote der sozialen Betreuung Satz 12, 13**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist Teil des Gemeinwesens. Sie fördert Kontakte zu Personen, Gruppen und Institutionen des örtlichen Gemeinwesens und öffnet sich für ehrenamtliche Mitarbeit und erschließt damit weitere Kontaktmöglichkeiten für die Bewohner. Das Pflegeheim ermöglicht dem Bewohner regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen, Kirchengemeinden und Organisationen im Ort zu pflegen.

## II. Entscheidung der Schiedsstelle

Hinsichtlich der nicht geeinigten Punkte hat die Schiedsstelle beschlossen:

### **Nr. 2) Präambel Satz 1**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ in Satz 1 der Präambel wird durch „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

In Satz 1 der Präambel wird der Begriff „Qualität“ anstelle des Begriffs „Pflegequalität“ verwendet.

Soweit nicht explizit etwas anderes beschlossen wird, wird in dem folgenden Text der Maßstäbe und Grundsätze entsprechend dem Vorschlag der Leistungserbringer vom 20. Mai 2010 jeweils:

- der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt,
- unter Ziffer 3.2 und den Unterpunkten die Leistungen der „Unterkunft“ und „Verpflegung“ mit einbezogen und
- der Begriff „Qualität“ anstelle des Begriffs „Pflegequalität“ verwendet.

**Nach der Schiedsstellenentscheidung lautet Satz 1 der Präambel danach wie folgt:**

„Zur Sicherstellung einer qualifizierten Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung von Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen<sup>2</sup> im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben ... (*die Vertragsparteien*) die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist, vereinbart.“

---

<sup>2</sup> Für die Pflege von behinderten Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Einrichtungen der Behindertenhilfe erhalten, gilt diese Vereinbarung nicht.

**Nr. 3) Präambel Satz 2**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 2 der Präambel lautet danach wie folgt:**

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darin einig, dass die Sicherstellung der Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung die Verantwortung aller Beteiligten erfordert.

**Nr. 4) Präambel Satz 3**

Die Präambel wird nach Satz 1 um den Satz:

„Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung im Verhältnis zu den vorangegangenen Normsetzungsverträgen.“ ergänzt.

**Nr. 5) 1. Grundsätze, 1.1 Ziele Satz 1**

Satz 1 unter 1.1 Ziele wird wie folgt formuliert:

„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen die Leistungen im Rahmen des § 2 Abs. 2 Satz 2 und § 4 Abs. 3 SGB XI auf Basis der folgenden Ziele:“

**Nr. 6) 1. Grundsätze, 1.1 Ziele 1. Spiegelstrich**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Der Text nach dem 1. Spiegelstrich lautet danach wie folgt:**

„Die Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sollen den Bewohnern helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben unter Wahrung der Privat- und Intimsphäre zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“

**Nr. 7) 1. Grundsätze, 1.1 Ziele 3. Spiegelstrich**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Der Text nach dem 3. Spiegelstrich lautet danach wie folgt:**

„Die Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Bewohner wiederzugewinnen oder zu erhalten. Auf eine Vertrauensbasis zwischen dem Bewohner und den an der Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung Beteiligten wird hingearbeitet.“

**Nr. 8) 1. Grundsätze, 1.1 Ziele 6. Spiegelstrich**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Der Text nach dem 6. Spiegelstrich lautet danach wie folgt:**

„Die Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung werden in Abstimmung mit den Wünschen des Bewohners an die Situation des Bewohners angepasst. Umzüge innerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung sollen nach Möglichkeit vermieden werden.“

**Nr. 9) 1. Grundsätze, 1.1 Ziele 7. Spiegelstrich**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Der Text nach dem 7. Spiegelstrich lautet danach wie folgt:**

„Bei der Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung ist auf die religiösen Bedürfnisse der Bewohner Rücksicht zu nehmen und nach Möglichkeit den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen und den Wünschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Rechnung zu tragen.“

**Nr. 10) 1. Grundsätze, 1.3 Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement Satz 1**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 1 lautet danach wie folgt:**

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.“



**Nr. 11) 1. Grundsätze, 1.3 Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement Satz 16:**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

*(Anmerkung des Vorsitzenden: An dieser Textstelle passt die Ersetzung des Begriffs „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ nicht. Deshalb ist formuliert worden: ... sowie an den **Leistungen** von Unterkunft und Verpflegung Beteiligten ...).*

**Satz 16 lautet danach wie folgt:**

„Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Pflege sowie an den Leistungen von Unterkunft und Verpflegung Beteiligten einbezogen.“

**Nr. 12) 2. Strukturqualität, 2.1 Vollstationäre Pflegeeinrichtung 2.1.1 Pflegeeinrichtung als Organisation Satz 1**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 1 lautet danach wie folgt:**

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung der Bewohner zu gewährleisten.“

**Nr. 13) 2. Strukturqualität, 2.1 Vollstationäre Pflegeeinrichtung 2.1.1 Pflegeeinrichtung als Organisation Satz 2**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 2 lautet danach wie folgt:**

„Unabhängig von der Trägerschaft ist sie eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung, in der pflegebedürftige Menschen auf Dauer wohnen, Unterkunft und Verpflegung erhalten und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft geplant gepflegt und sozial betreut werden.“

**Nr. 14) 2. Strukturqualität, 2.1 Vollstationäre Pflegeeinrichtung 2.1.2 Darstellung der vollstationären Pflegeeinrichtung Satz 1**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 1 lautet danach wie folgt:**

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt sich in einer übersichtlichen Information zur Außendarstellung schriftlich vor. Hierin können u. a. Informationen enthalten sein über:

- Leitbild und Pflegekonzeption,
- Leistungen der Pflege, der sozialen Betreuung und der Unterkunft und Verpflegung,
- die räumliche und die personelle Ausstattung,
- Beratungsangebote,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen
- einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

**Nr. 17) 2. Strukturqualität, 2.4 Weitere personelle Strukturanforderungen, 2.4.1 Geeignete Kräfte, Satz 1**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 1 lautet danach wie folgt:**

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat unter Berücksichtigung von Punkt 2.6 zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des Bewohners im Rahmen der Pflege, sozialen Betreuung und Unterkunft und Verpflegung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen.“

**Nr. 19) 2. Strukturqualität, 2.5 Räumliche Voraussetzungen, Satz 4**

Der Vorschlag: „Anzustreben ist, jedem Bewohner ein abschließbares Fach oder eine abschließbare Schublade in seinem Zimmer zur Verfügung zu stellen.“ wird abgelehnt.

**Nr. 20) 3. Prozessqualität, Satz 1**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

*(Anmerkung des Vorsitzenden: An dieser Textstelle passt die Ersetzung des Begriffs „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ebenfalls nicht. Deshalb ist formuliert worden: ... sowie der **Leistungen** von Unterkunft und Verpflegung ...).*

**Satz 1 lautet danach wie folgt:**

„Im Rahmen der Prozessqualität hat die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Durchführung einer qualifizierten Pflege, sozialen Betreuung sowie der Leistungen von Unterkunft und Verpflegung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:“

**Nr. 21) 3. Prozessqualität 3.1.1.2 Einzug und Eingewöhnung Satz 5**

Die Schiedsstelle nimmt die Formulierung: „Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine Konzeption mit systematischen Hilfen für den Einzug und die Eingewöhnung und setzt diese nachweislich im Sinne der Pflegebedürftigen um.“ an.

**Nr. 22) 3. Prozessqualität 3.1.1.3 Pflegeplanung und –dokumentation Satz 1**

Die Schiedsstelle nimmt den Vorschlag der Leistungsträger an.

**Satz 1 lautet danach wie folgt:**

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fertigt eine individuelle Pflegeplanung und legt erreichbare Pflegeziele, deren Erreichung überprüft wird, fest.“

**Nr. 24) 3. Prozessqualität 3.1.1.3 Pflegeplanung und -dokumentation ab Satz 9:**

Die Vertragspartner haben sich auf folgende Formulierung verständigt:

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

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Diese sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

Zu Beginn der Versorgung erstellt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine umfassende Informationssammlung über Ressourcen, Risiken, Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten. Hierbei sind die notwendigen Prophylaxemaßnahmen (z. B. gegen Dekubitalgeschwüre, Pneumonien, Stürze und Kontrakturen) in der Dokumentation zu berücksichtigen. Bezugspersonen sind in die Pflegeplanung einzubeziehen.“

**Die Schiedsstelle ergänzt den Konsens wie folgt:**

Der Satz: „Diese sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.“ wird durch den Satz ersetzt: „Diese Leistungen sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.“

**Nrn. 25, 26) 3.2. Unterkunft und Verpflegung**

**3.2 Überschrift und Text**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Nr. 25 lautet nunmehr wie folgt:**

Ziff. 3.2. Unterkunft und Verpflegung

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung fachlich kompetent und bedarfsgerecht zu erbringen. Der Träger der Einrichtung stellt die fachliche Qualität der Leistungen der Unterkunft und Verpflegung den rechtlichen und fachlichen Anforderungen entsprechend sicher. Die Grundsätze zu den einzelnen nachfolgenden Bereichen sind in der Konzeption darzulegen.“

*Wie an anderen Stellen ist auch hier die Nummerierung zu ändern. Es wird vereinbart, dass eine in sich schlüssige Nummerierung der gesamten Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege durch Frau Stempfle und Herrn Moldenhauer erfolgt.*

**Nr. 26 wird gestrichen.**

**Nr. 27) 3.2.1.1 Überschrift und Text**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Überschrift und Text lauten danach wie folgt:****„3.2.1.1 Verpflegung**

Das Speisen- und Getränkeangebot soll altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig sein. Diätahrungen sind bei Bedarf anzubieten. Die Darreichungsform der Speisen und Getränke ist auf die Situation des Bewohners individuell abgestimmt und unterstützt den Bewohner in seiner Selbständigkeit.“

**Nr. 28) 3.2.1.2 Überschrift und Text**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Überschrift und Text lauten danach wie folgt:****„3.2.1.2 Hausreinigung**

Unabhängig von der regelmäßig durchzuführenden Raumpflege (Grundreinigung, Unterhaltsreinigung) sind Verunreinigungen unverzüglich zu beseitigen (Sichtreinigung). Bei der Raumpflege ist auf den Tagesablauf der Bewohner Rücksicht zu nehmen; übliche Schlaf-, Essens- und Ruhezeiten dürfen nicht beeinträchtigt werden. Über Umfang und Turnus der Hausreinigung werden die Bewohner in geeigneter Weise informiert.“

**Nr. 29) 3.2.1.3 Überschrift und Text:**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Überschrift und Text lauten danach wie folgt:****„3.2.1.3 Wäschepflege**

Die Wäschepflege ist auf den notwendigen Bedarf des Bewohners abzustimmen und sachgerecht durchzuführen.“

**Nr. 30) 3.2.1.4 Überschrift und Text**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Überschrift und Text lauten danach wie folgt:****„3.2.1.4 Hausgestaltung**

Den Bedürfnissen der Bewohner nach räumlicher Orientierung, Wohnlichkeit und jahreszeitlicher Orientierung ist bei der alten- und behindertengerechten Gestaltung der Einrichtung Rechnung zu tragen.“

**Nr. 32) 3.2.3 Überschrift und Text**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Überschrift und Text lauten danach wie folgt:**

„3.2.3 Dokumentation

Die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung sind gemäß den gesetzlichen Regelungen zu dokumentieren. Speise- und Reinigungspläne sind Bestandteil der Dokumentation.“

**Nr. 33) 3.3 Soziale Betreuung Satz 3:**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

*(Anmerkung des Vorsitzenden: An dieser Textstelle passt die Ersetzung des Begriffs „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ nicht. Deswegen ist formuliert worden: ... sowie der **Leistungen** von Unterkunft und Verpflegung ...).*

**Satz 3 lautet danach wie folgt:**

„Im gesamten Prozess der Pflege, sozialen Betreuung sowie der Leistungen von Unterkunft und Verpflegung wird berücksichtigt, dass die Bewohner ihren Lebensmittelpunkt in der stationären Pflegeeinrichtung haben und dies der Ort ist, an dem sie nahezu ihre gesamten Bedürfnisse befriedigen müssen.“

**Nr. 34) 3.3 Angebote der sozialen Betreuung Satz 7**

**Die Schiedsstelle entscheidet, dass Satz 7 wie folgt lauten soll:**

„Gruppenangebote sind konzeptionell zu planen und regelmäßig anzubieten.“

Der Vorschlag zur Ergänzung des Satzes um die Formulierung: „; regelmäßig bedeutet an mindestens 5 von 7 Wochentagen“ wird abgelehnt.

**Nr. 36) 3.5 Dienstplanung**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Die Formulierung lautet danach wie folgt:**

„Die Dienstplanung erfolgt durch die jeweils Verantwortlichen bewohnerorientiert nach den Notwendigkeiten einer ausreichenden und zweckmäßigen Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung.“

**Nr. 37) 4. Ergebnisqualität Satz 1:**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 1 lautet danach wie folgt:**

„Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der Pflege, der sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung auf die Bewohner.“

**Nr. 38) 4 Ergebnisqualität Satz 3:**

Der Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt.

**Satz 3 lautet danach wie folgt:**

„Das Ergebnis von Pflege, sozialer Betreuung, Unterkunft und Verpflegung ist regelmäßig zu überprüfen.“

**III. Fassung der MuG stationär nach redaktioneller Abstimmung**

Die Schiedsstelle hat vereinbart, dass Vertreter der Leistungserbringer und der Leistungsträger auf der Grundlage der Schiedsstelleneinigung und des Schiedsstellenbeschlusses eine danach erforderliche redaktionelle Abstimmung der MuG ambulant und stationär vornehmen. Diese ist erfolgt. Die MuG stationär haben nach Überprüfung durch den Vorsitzenden der Schiedsstelle

**folgende Fassung:**

## **Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011**

### **Präambel**

Zur Sicherstellung einer qualifizierten Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung von Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen 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 stationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 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, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist, vereinbart. Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung im Verhältnis zu den vorangegangenen Normsetzungsverträgen.

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darin einig, dass die Sicherstellung der Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung die Verantwortung aller Beteiligten erfordert.

Diese Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträge, Rahmenverträge, Pflegesatzvereinbarungen, Transparenzvereinbarungen) und den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI von den Vertragsparteien zu beachten.

Für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe gilt diese Vereinbarung nicht.

## **1 Grundsätze**

### **1.1 Ziele**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen die Leistungen im Rahmen des § 2 Abs. 2 Satz 2 und § 4 Abs. 3 SGB XI auf Basis der folgenden Ziele:



- Die Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sollen den Bewohnern<sup>1</sup> 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 vollstationären Pflegeeinrichtung streben Lebensqualität und Zufriedenheit des Bewohners unter Berücksichtigung seiner Biographie und Lebensgewohnheiten an.
- Die Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Bewohner wiederzugewinnen oder zu erhalten. Auf eine Vertrauensbasis zwischen dem Bewohner und den an der Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung Beteiligten wird hingearbeitet.
- Die Tages- und Nachtstrukturierung wird bewohnerorientiert ausgerichtet. Die Gestaltung eines vom Bewohner als sinnvoll erlebten Alltags sowie die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben werden gefördert. Die Bewohner werden bei der Wahrnehmung ihrer Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten unterstützt.
- Die Pflege wird fachlich kompetent nach dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung des fachlichen Standes der beteiligten Professionen bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht.
- Die Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung werden in Abstimmung mit den Wünschen des Bewohners an die Situation des Bewohners angepasst. Umzüge innerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung sollen nach Möglichkeit vermieden werden.
- Bei der Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung ist auf die religiösen Bedürfnisse der Bewohner Rücksicht zu nehmen und nach Möglichkeit den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen und den Wünschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Rechnung zu tragen.
- Bei der Pflege von Kindern und Jugendlichen ist den besonderen Belangen der Kinder und Jugendlichen Rechnung zu tragen.

## 1.2 Ebenen der Qualität

Die Qualität umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

---

<sup>1</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 jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

### **Strukturqualität**

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

### **Prozessqualität**

Prozessqualität bezieht sich auf den Ablauf der Leistungserbringung. Es geht dabei u. a. um Fragen der Pflegeanamnese und -planung, die Durchführung - unter Berücksichtigung der Kooperationsfähigkeit des Bewohners und die Dokumentation des Pflegeprozesses.

### **Ergebnisqualität**

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

## **1.3 Einrichtung internes Qualitätsmanagement**

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung 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 in der vollstationären Pflegeeinrichtung organisierten Maßnahmen zur Steuerung der vereinbarten Leistungserbringung und ggf. deren Verbesserung.

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

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass

- die vereinbarten Leistungen zu der vereinbarten Qualität erbracht werden,
- sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der Bewohner und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig überprüft und ggf. verbessert wird,
- Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen der Einrichtung beschrieben und nachvollziehbar sind.

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

Der Träger der Pflegeeinrichtung stellt für das Qualitätsmanagement die personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung. Bedingung für ein effektives Qualitätsmanagement ist, dass alle vom jeweiligen Prozess betroffenen 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 ggf. Verbesserung bestimmt. Die Leitung muss sicherstellen, dass geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung eingeführt werden.

Die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden dokumentiert. Sie müssen in der vollstationären Pflegeeinrichtung den jeweils beteiligten Mitarbeitern bekannt sein und umgesetzt werden.

Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Bewohner. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der Bewohner bei. Sie stellt die Aufnahme, Bearbeitung und ggf. Lösung von Kundenbeschwerden sicher.

Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Pflege sowie an den Leistungen von Unterkunft und Verpflegung Beteiligten einbezogen.

## **2 Strukturqualität**

### **2.1 Vollstationäre Pflegeeinrichtung**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, Pflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung der Bewohner zu gewährleisten.

Unabhängig von der Trägerschaft ist sie eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung, in der pflegebedürftige Menschen auf Dauer wohnen, Unterkunft und Verpflegung erhalten und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft geplant gepflegt und sozial betreut werden.

### **2.2 Darstellung der vollstationären Pflegeeinrichtung**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt sich in einer übersichtlichen Information zur Außendarstellung schriftlich vor. Hierin können u. a. Informationen enthalten sein über

- Leitbild und Pflegekonzeption,
- Leistungen der Pflege, sozialen Betreuung und der Unterkunft und Verpflegung,
- die räumliche und die personelle Ausstattung,
- Beratungsangebote,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

Außerdem sind die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten anzugeben.

## **2.3 Personelle Strukturanforderungen**

### **2.3.1 Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft**

Die von der vollstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Pflegeleistungen sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Ist die Pflegeeinrichtung Teil einer Verbundeinrichtung, für die ein Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 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.

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese auf der Basis der unter 1.1 genannten Ziele u. a. verantwortlich ist für:

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich,
- die Umsetzung des Pflegekonzeptes,
- die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
- die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte,
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs.

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft (z. B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach Ziffer 2.3.2.1 gewährleistet ist.

### **2.3.2 Eignung als verantwortliche Pflegefachkraft**

#### **2.3.2.1 Ausbildung**

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes 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 abgeschlossen haben. (Eine vor Inkrafttreten des Gesetzes über die Altenpflege [AltPflG] nach landesrechtlichen Vorschriften erteilte Anerkennung als staatlich anerkannte Altenpflegerin oder als staatlich anerkannter Altenpfleger wird als Erlaubnis nach § 1 dieses Gesetzes anerkannt.)

### **2.3.2.2 Berufserfahrung**

Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Ziffer 2.3.2.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde.

Für die Rahmenfrist gilt § 71 Abs. 3 Satz 3 bis 5 SGB XI.

### **2.3.2.3 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 (Pflegewissen, 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.

### **2.3.2.4 Übergangsregelung**

Sofern von der Regelung nach Ziffer 2.2.2.2 der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege vom 10. Juli 1995 (i. d. F. 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 Ziffer 2.3.2.3 abweichen.

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

Pflegefachkräfte, die in der Zeit vom 24.09.2002 bis zum 30.06.2008 entsprechend den gesetzlichen Anforderungen die Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung 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 der vollstationären Pflegeeinrichtung, in der sie am 30.06.2008 beschäftigt waren, bis zum 30.06.2011 weiterhin ausüben. Für die Ausübung der Tätigkeit nach dem 30.06.2011 ist der Nachweis der erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung nach Ziffer 2.3.2.3 erforderlich.

### **2.3.2.5 Beschäftigungsverhältnis der verantwortlichen Pflegefachkraft**

Die verantwortliche Pflegefachkraft muss in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein, soweit sie nicht Inhaber der vollstationären Pflegeeinrichtung ist. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter der vollstationären Pflegeeinrichtung ist und die Tätigkeitsschwerpunkte der Pflegedienstleitung sich auf die jeweilige vollstationäre Pflegeeinrichtung beziehen.

Ausgenommen von der Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte.

## **2.4 Weitere personelle Strukturanforderungen**

### **2.4.1 Geeignete Kräfte**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat unter Berücksichtigung von Ziffer 2.6 zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des Bewohners im Rahmen der Pflege, sozialen Betreuung und Unterkunft und Verpflegung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen.

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

### **2.4.2 Fort- und Weiterbildung**

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die erforderliche fachliche Qualifikation der Leitung und aller in der Pflege und Betreuung tätigen 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 und sozialen Betreuung tätigen Mitarbeiter entsprechend der individuellen Notwendigkeiten in die Fortbildungen einbezogen werden.

Leitung und Mitarbeiter aktualisieren ihr Fachwissen regelmäßig. Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

## **2.5 Räumliche Voraussetzungen**

Dem Wunsch des Bewohners nach Wohnen in einem Einzel- oder Doppelzimmer soll Rechnung getragen werden. Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben. Die Privatsphäre des Bewohners wird gewährleistet. Die Wohnräume der Bewohner sind so zu gestalten, dass sie den angemessenen individuellen Wünschen und Bedürfnissen nach Privatheit und Wohnlichkeit entsprechen. Der Bewohner hat das Recht zur Mitnahme von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken im Rahmen der räumlichen Gegebenheiten und zur Entscheidung über deren Platzierung.

Außerdem sollen beschilderte, sicher zu erreichende sowie alten- und behinderten-gerechte Zugänge zu der vollstationären Pflegeeinrichtung sowie eine direkte Zufahrt für Fahrzeuge zur Verfügung stehen.

## **2.6 Kooperationen mit anderen Leistungserbringern**

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

## **3 Prozessqualität**

Im Rahmen der Prozessqualität hat die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Durchführung einer qualifizierten Pflege, sozialen Betreuung sowie der Leistungen von Unterkunft und Verpflegung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

### **3.1 Ablauforganisation der Pflege**

#### **3.1.1 Pflegekonzept**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verfügt über ein Pflegekonzept, das auf pflegewissenschaftlichen Theorien oder Modellen sowie praktischen Erfahrungen basiert und im Pflegeprozess umgesetzt wird.

#### **3.1.2 Einzug und Eingewöhnung**

Der Einzug in die vollstationäre Pflegeeinrichtung wird mit dem zukünftigen Bewohner und seinen Angehörigen vorbereitet. Hierzu soll ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus bzw. ein Informationsgespräch in der vollstationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Dabei sind u. a. der Hilfebedarf, die gewünschten bzw. notwendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten des zukünftigen Bewohners zu besprechen. Über die Mitnahme persönlicher Dinge wird der zukünftige Bewohner beraten. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine Konzeption mit systematischen Hilfen für den Einzug und die Eingewöhnung und setzt diese nachweislich im Sinne der pflegebedürftigen Menschen um.

### 3.1.3 Pflegeplanung und -dokumentation

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fertigt eine individuelle Pflegeplanung und legt erreichbare Pflegeziele, deren Erreichung überprüft wird, fest. Die Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden.

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 sind aktuell (bis zur nächsten Übergabe) zu dokumentieren.

Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für die vollstationäre 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 inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten,
- Pflegeplanung,
- Pflegebericht,
- Leistungsnachweis.

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

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Diese Leistungen sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

Zu Beginn der Versorgung erstellt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine umfassende Informationssammlung über Ressourcen, Risiken, Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten. Hierbei sind die notwendigen Prophylaxemaßnahmen (z. B. gegen Dekubitalgeschwüre, Pneumonien, Stürze und Kontrakturen) in der Dokumentation zu berücksichtigen. Bezugspersonen sind in die Pflegeplanung einzubeziehen.

Ziel der Pflegeplanung ist es, unter Einbeziehung des Bewohners seine Fähigkeiten, Ressourcen und Pflegeprobleme zu identifizieren sowie Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zu vereinbaren.



Wenn Leistungen für den Bewohner erforderlich sind, von diesem aber nicht abgefragt werden, ist die Diskrepanz zwischen Hilfebedarf und abgefragten Leistungen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar festzuhalten.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Pflegedokumentation nach der hier geltenden Regelung mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

### **3.1.4 Pflegeteams**

Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen.

## **3.2 Unterkunft und Verpflegung**

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung fachlich kompetent und bedarfsgerecht zu erbringen. Der Träger der Einrichtung stellt die fachliche Qualität der Leistungen der Unterkunft und Verpflegung den rechtlichen und fachlichen Anforderungen entsprechend sicher. Die Grundsätze zu den einzelnen nachfolgenden Bereichen sind in der Konzeption darzulegen.

### **3.2.1 Verpflegung**

Das Speisen- und Getränkeangebot soll altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig sein. Diätahrungen sind bei Bedarf anzubieten. Die Darreichungsform der Speisen und Getränke ist auf die Situation des Bewohners individuell abgestimmt und unterstützt den Bewohner in seiner Selbstständigkeit.

### **3.2.2 Hausreinigung**

Unabhängig von der regelmäßig durchzuführenden Raumpflege (Grundreinigung, Unterhaltsreinigung) sind Verunreinigungen unverzüglich zu beseitigen (Sichtreinigung). Bei der Raumpflege ist auf den Tagesablauf der Bewohner Rücksicht zu nehmen; übliche Schlaf-, Essens- und Ruhezeiten dürfen nicht beeinträchtigt werden. Über Umfang und Turnus der Hausreinigung werden die Bewohner in geeigneter Weise informiert.

### **3.2.3 Wäschepflege**

Die Wäschepflege ist auf den notwendigen Bedarf des Bewohners abzustimmen und sachgerecht durchzuführen.

### **3.2.4 Hausgestaltung**

Den Bedürfnissen der Bewohner nach räumlicher Orientierung, Wohnlichkeit und jahreszeitlicher Orientierung ist bei der alten- und behindertengerechten Gestaltung der Einrichtung Rechnung zu tragen.

### **3.2.5 Dokumentation der Leistungserbringung**

Die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung sind gemäß den gesetzlichen Regelungen zu dokumentieren. Speise- und Reinigungspläne sind Bestandteil der Dokumentation.

### **3.3 Soziale Betreuung**

Die soziale Betreuung soll dazu beitragen, die sozialen, seelischen und kognitiven Bedürfnisse der Bewohner zu befriedigen und die Möglichkeiten der persönlichen Lebensgestaltung zu unterstützen. Vorrangig ist dabei die Erhaltung bestehender, die Förderung neuer und der Ersatz verloren gegangener Beziehungen und Fähigkeiten. Aktivitäten der sozialen Betreuung sind ein Bestandteil der Tagesstrukturierung, die insbesondere für die Orientierung von dementiell erkrankten Bewohnern einen unverzichtbaren Pflege- und Betreuungsrahmen bilden.

Im gesamten Prozess der Pflege, sozialen Betreuung sowie der Leistungen von Unterkunft und Verpflegung wird berücksichtigt, dass die Bewohner ihren Lebensmittelpunkt in der stationären Pflegeeinrichtung haben und dies der Ort ist, an dem sie nahezu ihre gesamten Bedürfnisse befriedigen müssen.

#### **3.3.1 Integrierte soziale Betreuung**

Integrierte soziale Betreuung bedingt eine den Bewohnern zugewandte Grundhaltung der Mitarbeiter. Diese stehen für Gespräche zur Verfügung und berücksichtigen die Wünsche und Anregungen der Bewohner, soweit dies im Rahmen des Ablaufs der Leistungserbringung möglich ist. Handlungsleitend ist hierbei der Bezug zur Lebensgeschichte, zu den Interessen und Neigungen sowie zu den vertrauten Gewohnheiten der Bewohner. Die integrierte soziale Betreuung unterstützt ein Klima, in dem die Bewohner sich geborgen und verstanden fühlen und die Gewissheit haben, dass sie sich jederzeit mit ihren Anliegen an die Mitarbeiter der Einrichtung wenden können und von dort Unterstützung und Akzeptanz erfahren.

#### **3.3.2 Angebote der sozialen Betreuung<sup>2</sup>**

Neben der integrierten sozialen Betreuung bietet die vollstationäre Pflegeeinrichtung Angebote für einzelne Bewohner, für Gruppen oder zur Förderung der Kontakte zum örtlichen Gemeinwesen.

Die Angebote der sozialen Betreuung sind eingebunden in die Planung des gesamten Leistungsprozesses und orientieren sich an den Bewohnern. Dies bedeutet, dass bei der Planung und Durchführung der Angebote der sozialen Betreuung Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohner unter Einbeziehung der Biografie berücksichtigt werden.

Für Bewohner mit Demenzerkrankungen sollen Angebote gemacht werden, die deren besondere Situation und Bedürfnisse berücksichtigen.

---

<sup>2</sup> Die Tätigkeiten der zusätzlichen Betreuungskräfte sind in den entsprechenden Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI geregelt und bleiben von den nachfolgenden Regelungen unberührt.

Angebote für einzelne Bewohner berücksichtigen u. a. neben persönlichen Gedenktagen auch die Unterstützung in persönlichen Anliegen, wie z. B. bei der Trauerbewältigung oder in konfliktbehafteten Situationen.

Gruppenangebote sind besonders geeignet, den Bewohnern Anreize für abwechslungsreiche Aktivitäten zu geben, Vereinsamung zu begegnen und die Gemeinschaft zu fördern. Gruppenangebote sind konzeptionell zu planen und regelmäßig anzubieten.

Für Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, werden Einzelangebote (z. B. zur Beschäftigung, Kommunikation und Wahrnehmung) planmäßig angeboten. Es ist für diesen Personenkreis nicht ausreichend, nur persönliche Gedenktage zu berücksichtigen und Unterstützung bei persönlichen Anliegen zu geben.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist Teil des Gemeinwesens. Sie fördert Kontakte zu Personen, Gruppen und Institutionen des örtlichen Gemeinwesens und öffnet sich für ehrenamtliche Mitarbeit und erschließt damit weitere Kontaktmöglichkeiten für die Bewohner. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ermöglicht dem Bewohner, regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen, Kirchengemeinden und Organisationen im Ort zu pflegen. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung soll Angebote zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes durchführen.

### **3.4 Einbeziehung der Angehörigen**

Für die Bewohner ist es wichtig, dass die Kontakte zu Angehörigen und Freunden durch den Einzug ins Heim nicht verloren gehen. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fördert deshalb die Kontakte des Bewohners zu ihm nahestehenden Personen. Die Wünsche des Bewohners sind zu berücksichtigen.

### **3.5 Dienstplanung**

Die Dienstplanung erfolgt durch die jeweils Verantwortlichen bewohnerorientiert nach den Notwendigkeiten einer ausreichenden und zweckmäßigen Pflege, sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung.

### **3.6 Koordination der Leistungsbereiche**

Die Koordination aller an der Leistungserbringung beteiligten Bereiche ist sicherzustellen. Es ist ein regelmäßiger Informationsaustausch, z. B. in Form von Dienstbesprechungen zwischen den Bereichen, durchzuführen.

### 3.7 Vernetzung mit weiteren Institutionen

Die Vernetzung der vollstationären Pflegeeinrichtung soll dazu beitragen:

- die soziale Integration des Bewohners in das örtliche Gemeinwesen zu fördern und
- den Bewohner bei Bedarf bei der Inanspruchnahme ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen auch außerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung zu unterstützen.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung arbeitet hierzu mit weiteren Institutionen zusammen.

## 4 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der Pflege, der sozialen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung auf die Bewohner. Sie zeigt sich in dem im Rahmen der geplanten Pflege erreichten Pflegezustand des Bewohners sowie dem erreichten Grad an Wohlbefinden, Zufriedenheit und Unabhängigkeit, welches sich in seinem Verhalten ausdrücken kann.

Das Ergebnis von Pflege, sozialer Betreuung, Unterkunft und Verpflegung ist regelmäßig zu überprüfen. In der Pflegedokumentation ist nachvollziehbar und aktuell dargestellt, ob und wie das geplante Ziel erreicht ist.

Kriterien für eine gute Ergebnisqualität sind<sup>3</sup>:

- die Pflegeinterventionen sind erkennbar auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Lebensqualität, Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet,
- dem Bewohner entsteht kein körperlicher Schaden (Sekundärschaden),
- die Ernährung (im Besonderen auch die Flüssigkeitszufuhr) ist auf die spezifischen ernährungsphysiologischen Bedürfnisse des Bewohners abgestimmt,
- der Ernährungszustand ist angemessen,
- die Flüssigkeitsversorgung ist angemessen,
- die Standards von Hygiene und Sauberkeit sind eingehalten,
- der Bewohner entscheidet in den alltäglichen Verrichtungen selbst und wird in seiner Eigenständigkeit unterstützt,
- der Bewohner verfügt im Rahmen der Körperpflege unter Beachtung der Selbstpflegefähigkeit über die notwendige Unterstützung,
- die Selbstbestimmung im Bereich der Blasen- und Darmentleerung ist gewahrt und

---

<sup>3</sup> Unter den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, dass die Aussagen zur Ergebnisqualität zu überprüfen sind, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen. Hier wird insbesondere auf das vom BMG und BMFSFJ in Auftrag gegebene Forschungsprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ verwiesen. Dessen Ergebnisse liegen seit Februar 2011 vor.

- der Bewohner verfügt über die angemessene Unterstützung zur Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit und zur Beteiligung am sozialen und kulturellen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung,
- die Privat- und Intimsphäre des Bewohners ist berücksichtigt.

Wesentliche Kriterien zur Messung der Ergebnisqualität sind insbesondere in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) vom 17.12.2009 aufgeführt.

## **5 Maßnahmen der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung**

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung 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 Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung.

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 Qualitätskonferenzen,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung,
- interne Audits,
- externe Audits.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

## **6 Gemeinsame Konsultation**

Zwischen den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung können Konsultationen über Qualitätsfragen vereinbart werden. Dabei sollen Mitglieder der Vertretungsorgane der Bewohner beteiligt werden. Der Träger kann den Verband, dem er angehört, beteiligen.

## **7 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

Abs. 4 SGB XI für den ambulanten und stationären Pflegebereich sind in der Anlage 1 geregelt, diese ist verbindlicher Bestandteil dieser Vereinbarung.

## **8 Inkrafttreten, Kündigung**

Die Vereinbarung tritt am 1. Juni 2011 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei jederzeit mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Die Anlage 1 nach Ziffer 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.

**C. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI in Bezug auf die Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren**

**I. Einigung der Schiedsstelle**

Die Schiedsstelle hat sich in der mündlichen Verhandlung vom 21. Februar 2011 auf folgende Formulierungen zu den nachfolgend aufgeführten streitig gewesenen Punkten geeinigt:

**§ 1 Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen**

Der Text bleibt unverändert entsprechend der mit Schriftsatz vom 29. November 2010 versandten Synopse:

- (1) Unabhängige Sachverständige sind Personen, die die allgemeinen und spezifischen Voraussetzungen nach § 6 und § 7 erfüllen und die Prüfungen nach dieser Vereinbarung fachlich und organisatorisch allein verantwortlich durchführen.
- (2) Prüfinstitutionen sind alle Gesellschaften, in denen mehrere Prüfer, die die allgemeinen und spezifischen Voraussetzungen nach § 6 und 7 erfüllen, Prüfungen nach dieser Vereinbarung durchführen.

**§ 2 Anerkennungsverfahren**

§ 2 wird danach wie folgt gefasst:

- (1) Anträge auf Anerkennung als unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen sind bei den Landesverbänden der Pflegekassen in dem Land, in dem sich der Betriebssitz befindet, zu stellen. Die Anerkennung erstreckt sich auf alle Bundesländer.
- (2) Sofern die Voraussetzungen für die Anerkennung nach dieser Vereinbarung vorliegen, erteilen die Landesverbände der Pflegekassen den unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen die Anerkennung als Bescheid für die Dauer von maximal drei Jahren.

- (3) Die Anerkennung für akkreditierte Prüfinstitutionen hat abweichend von Absatz 2 für die Dauer der Akkreditierung nach der DIN EN ISO Norm 17021 Gültigkeit.

### **§ 3 Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit**

§ 3 wird wie folgt gefasst:

- (1) Sachverständige und Prüfinstitutionen, die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI durchführen möchten, müssen folgende Anforderungen erfüllen:

1. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen von Pflegeeinrichtungen, deren Trägern, ihren Vereinigungen sowie von mit ihnen verbundenen Organisationen wirtschaftlich und organisatorisch unabhängig sein und dies nachweisen. Sie müssen ihre Beziehungen mit verbundenen Stellen identifizieren, analysieren, dokumentieren und durch geeignete Nachweise (z. B. Gesellschafterverträge, Satzung, Auszüge aus dem Handelsregister) darstellen. Die Unabhängigkeit besteht nicht bei Eigentümerschaft, Beherrschung, Leitung, gemeinsam genutzten Ressourcen, Personal und Finanzen durch bzw. mit Pflegeeinrichtungen, deren Trägern, ihren Vereinigungen sowie von mit ihnen verbundenen Organisationen.

Unabhängigkeit besteht auch nicht bei Zahlung von Verkaufsprovisionen sowie bei Verträgen, die über die Vergütung von Leistungen der Zertifizierung bzw. Prüfung hinaus gehen oder anderen Anreizen für die Empfehlung neuer Kunden

2. Die oberste Leitung der Prüfinstitution bzw. der Sachverständige muss sich schriftlich zu ihrer bzw. seiner Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit verpflichten. Diese Erklärung muss öffentlich (z. B. über die Internetpräsenz) zugänglich sein.
3. Die eingesetzten Prüfer bzw. unabhängigen Sachverständigen müssen in ihren Entscheidungen in Bezug auf die Prüfung frei sein und die Unabhängigkeit ihrer fachlichen Beurteilung darf nicht eingeschränkt sein. In Prüfinsti-



tutionen muss dies schriftlich dokumentiert sein. Bei der Wahrnehmung ihrer Prüftätigkeit sind die von Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer bzw. die unabhängigen Sachverständigen ihrem Gewissen unterworfen.

4. Sie dürfen Pflegeeinrichtungen, Trägern, deren Vereinigungen sowie mit ihnen verbundenen Organisationen keine Beratungs- und Schulungsleistungen anbieten.
  5. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen dürfen in den von ihnen geprüften Pflegeeinrichtungen keine internen Audits durchführen.
  6. Die unabhängigen Sachverständigen bzw. die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer dürfen in den letzten zwei Jahren vor Durchführung der Prüfung bei der Pflegeeinrichtung oder ihrer Vereinigung nicht beschäftigt gewesen sein und dort keine Beratung sowie internen Audits durchgeführt haben.
  7. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen dürfen keinem kommerziellen, finanziellen oder sonstigem Druck ausgesetzt sein, der die Unabhängigkeit ihrer Prüftätigkeit in Frage stellt.
  8. Unabhängige Sachverständige müssen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen und Prüfer von Prüfinstitutionen gegenüber der obersten Leitung der Prüfinstitutionen jede ihnen bekannte Situation offenlegen, die sie selbst oder die Prüfinstitution vor Interessenkonflikte stellen könnte.
  9. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen sicherstellen, dass die ihnen bei der Prüfung bekannt werdenden Kenntnisse vertraulich behandelt werden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften deren Offenlegung erfordern.
  10. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen über ein systematisches Beschwerdemanagement verfügen.
- (2) Sofern Prüfinstitutionen die Anforderungen der DIN EN ISO/IEC 17021 in der jeweils geltenden Fassung erfüllen und eine dafür erforderliche Akkreditierung

nachweisen, sehen die Landesverbände der Pflegekassen von einer eigenständigen Prüfung und Überwachung der Voraussetzungen nach § 3 ab. Sofern die Landesverbände der Pflegekassen begründete Hinweise auf die Gefährdung der Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit haben, können sie eine eigenständige Überprüfung dieser Voraussetzungen vornehmen.

#### **§ 4 Überwachung der Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit**

§ 4 wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen überprüfen jährlich und zwar grundsätzlich durch Vor-Ort-Prüfungen, ob die Voraussetzungen nach § 3 Absatz 1 bei den unabhängigen Sachverständigen und nicht akkreditierten Prüfinstitutionen noch vorliegen.
- (2) Sofern bei einem Landesverband der Pflegekassen eine Beschwerde über einen unabhängigen Sachverständigen oder eine Prüfinstitution eingeht, die begründete Zweifel an deren Unabhängigkeit oder Zuverlässigkeit enthält, wird eine unverzügliche Prüfung der Beschwerde und bei akkreditierten Prüfinstitutionen ggf. ihre Weiterleitung an die DAkkS veranlasst.
- (3) War die Beschwerde zutreffend, veranlassen die Landesverbände der Pflegekassen die erforderlichen Maßnahmen bis hin zum Entzug der Anerkennung. War die Beschwerde unzutreffend, teilen die Landesverbände der Pflegekassen dies dem unabhängigen Sachverständigen bzw. der Prüfinstitution schriftlich mit.
- (4) Der Beschwerdeführer wird über das Ergebnis seiner Beschwerde informiert.
- (5) Akkreditierte Prüfinstitutionen unterliegen auch der Überwachung der Akkreditierungsstelle. Mit der Aberkennung der Akkreditierung durch die Akkreditierungsstelle entfällt auch die Anerkennung gemäß § 2 Abs. 2. Von der Aberkennung der Akkreditierung hat die Prüfinstitution die örtlich zuständigen Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

**§ 5 Ausschuss zur Sicherung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit**

§ 5 wird wie folgt gefasst:

- (1) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen einen Ausschuss zur Sicherung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit einrichten.
- (2) Der Ausschuss zur Sicherung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit hat folgende Aufgaben:
  1. Erarbeitung von Regelungen, die die Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit der Sachverständigen oder Prüfinstitutionen unterstützen.
  2. Er wirkt jeder Tendenz entgegen, die eine objektive Prüftätigkeit der unabhängigen Sachverständigen und Prüfinstitutionen gefährden könnte.
  3. Er berät zu Fragen, die das Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit beeinflussen können.
  4. Er bewertet mindestens einmal jährlich die Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit der durchgeführten Prüfungen.
  5. Dem Ausschuss ist ein Bericht über die Aktivitäten nach § 4 zur Überwachung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit vorzulegen.
- (3) Die Zusammensetzung, Befugnisse, Aufgaben und Kompetenzen des Ausschusses zur Sicherung der Unabhängigkeit müssen dokumentiert sein. Den Landesverbänden der Pflegekassen, den Verbraucherschutzorganisationen sowie den Trägervereinigungen der Pflegeeinrichtungen ist jeweils ein Sitz im Ausschuss anzubieten.

**§ 6 Anforderungen an die Qualifikation von unabhängigen Sachverständigen bzw. Prüfer von Prüfinstitutionen**

Da sich die Parteien nicht verständigen können, entscheidet die Schiedsstelle die Formulierung von § 6 Abs. 2 am Ende der Sitzung. Im Übrigen bleibt es bei der For-

mulierung von § 6 Abs. 1 entsprechend der mit Schriftsatz vom 29. November 2010 versandten Synopse:

- (1) Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen bei Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI eingesetzten Prüfer müssen die allgemeinen Anforderungen an Auditoren nach DIN EN ISO 19 011 erfüllen. Sie haben darüber geeignete Nachweise vorzulegen.

**§ 7 Persönliche Anforderungen an die unabhängigen Sachverständigen und Prüfer von Prüfinstitutionen**

Der Text bleibt unverändert entsprechend der mit Schriftsatz vom 29. November 2010 versandten Synopse:

Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer müssen darüber hinaus persönlich geeignet sein, Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Sie müssen daher folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Innerhalb der letzten fünf Jahre dürfen sie nicht zu einer Freiheitsstrafe von mehr als drei Monaten oder zu einer Geldstrafe von mehr als 90 Tagessätzen verurteilt worden sein.
- Sie dürfen nicht durch Richterspruch die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verloren haben.
- Sie müssen in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Dies ist nicht der Fall, wenn über ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist und eine Eintragung in das vom Insolvenzgericht oder Vollstreckungsgericht zu führende Verzeichnis erfolgt ist.
- Sie müssen körperlich und psychisch in der Lage sein, ihrer Prüftätigkeit nachzukommen und dürfen an keiner gravierenden ansteckenden Krankheit leiden.

### **§ 8 Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren**

Da sich die Parteien nicht verständigen können, entscheidet die Schiedsstelle die Formulierung von § 8 Abs. 1 bis 3 am Anfang der Sitzung. Zu Abs. 4 des Antrags der Leistungserbringer mit Schriftsatz vom 17. Februar 2011 ist folgender Konsens erzielt worden.

Absatz 4 wird Absatz 3 und wird wie folgt gefasst:

(3) Die Anerkennung von Prüfverfahren als gleichwertig kann nur bei Erfüllung der Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 erfolgen. Sie ist bei den Landesverbänden der Pflegekassen in dem Land, in dem sich der Betriebssitz des Sachverständigen oder der Prüfinstitution befindet, zu beantragen. Sie erstreckt sich auf alle Bundesländer und gilt, unabhängig von der Person des Sachverständigen oder der Prüfinstitution, allgemein.

### **§ 9 Weitere Voraussetzungen zur Anerkennung**

Der Text bleibt unverändert entsprechend der mit Schriftsatz vom 29. November 2010 versandten Synopse:

(1) Von den unabhängigen Sachverständigen und für die von Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer ist eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer Mindestdeckungssumme von 1 Mio. € nachzuweisen.

(2) Die unabhängigen Sachverständigen und die von Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer dürfen die Prüftätigkeit bis zur Vollendung der Regelaltersgrenze nach § 35 SGB VI ausüben.

(3) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen sind zur Einhaltung der Schweigepflicht verpflichtet. Es ist ihnen untersagt, bei der Ausübung ihrer Tätigkeit erlangte Kenntnisse Dritten unbefugt mitzuteilen oder zum Schaden anderer oder zu ihrem oder zum Nutzen anderer unbefugt zu verwenden. Ihre Mitarbeiter sind zur Beachtung der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Schweigepflicht besteht über die Beendigung des Auftragsverhältnisses hinaus.

(4) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen sind verpflichtet,

- ein vollständiges Exemplar verfasster Prüfberichte sowie
- sonstige schriftliche Unterlagen, die sich auf die Prüftätigkeit beziehen,

fünf Jahre lang aufzubewahren.

Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Aufzeichnungen oder die Unterlagen entstanden sind. Die Aufzeichnungen sind aus Datenschutzgründen in einem verschlossenen Schrank aufzubewahren. Der Zugang für Dritte ist auszuschließen.

Werden die Dokumente auf Datenträgern gespeichert, müssen die unabhängigen Sachverständigen bzw. Prüfinstitutionen sicherstellen, dass die Daten während der Dauer der Aufbewahrungsfrist verfügbar sind und jederzeit innerhalb angemessener Frist lesbar gemacht werden können. Sie müssen weiterhin sicherstellen, dass die Daten sämtlicher Unterlagen nicht nachträglich geändert werden können.

#### **§ 10 Übermittlung von Prüfergebnissen**

(1) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen teilen die Ergebnisse ihrer Prüfungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen sowie der geprüften Pflegeeinrichtung mit, soweit diese die Regelprüfungen der Medizinischen Dienste teilweise ersetzen.

(2) Die Transparenzberichte nach § 115 Abs. 1a SGB XI sind nach den geltenden Transparenzvereinbarungen zu erstellen.

(3) Für die Übermittlung der Prüfberichte gilt § 115 Abs. 1 Satz 2 SGB XI. Die Einzelheiten des Verfahrens vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 30. Juni 2011.

## II. Entscheidung der Schiedsstelle

Hinsichtlich der nicht geeinigten Punkte hat die Schiedsstelle beschlossen:

**Zu § 6:** Streitig ist nur § 6 Abs. 2.

Zu § 6 Abs. 1 besteht Einvernehmen.

### **§ 6 Anforderungen an die Qualifikation von unabhängigen Sachverständigen bzw. Prüfer von Prüfinstitutionen**

(2) Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen eingesetzten

Prüfer müssen folgende spezifischen Qualifikationen nachweisen:

- Abschluss einer Ausbildung als Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Eine dreijährige (bei unabhängigen Sachverständigen fünfjährige) Berufserfahrung in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im erlernten Beruf in einer Pflegeeinrichtung sowie die Aufrechterhaltung der pflegefachlichen Kompetenz,
- zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8 Absatz 1:
  - a. Die Mitglieder der Prüfteams müssen über umfassende pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.
  - b. Eine Einführungsschulung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nach § 114a Abs. 7 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung im Umfang von 40 Stunden. Die Schulungsmaßnahme beinhaltet Kenntnisse der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI, der Expertenstandards nach § 113a SGB XI, der gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Pflege

nach dem SGB XI sowie der Landesrahmenverträge. Ferner muss der Prüfer die Aktualisierung des einschlägigen Wissens durch jährliche Fortbildungen im Umfang von 16 Stunden nachweisen.

- zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8 Absatz 2:

Eine anerkannte zertifizierte Qualifikation im Bereich Qualitätsmanagement (QM-Auditor nach TGA-Leitfaden zur Zertifizierung von QM-Fachpersonal, Stand 22.08.2007, bzw. Nachfolgeregelungen der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH; EFQM-Assessor) unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z.B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der Anlagen 1 und 2 und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI.

### **§ 8 Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren**

(1) Ein Prüfverfahren ist einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es mindestens

- die Qualitätsanforderungen der Vereinbarungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zugrunde legt

und hierzu mindestens

- die fachlichen Kriterien und Anforderungen, die sich aus den Qualitätsprüfungs-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlage 1 oder 2 mit den jeweiligen Mindestangaben ergeben, soweit diese sich nicht auf Angaben zum Auftragsverhältnis zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst beziehen, unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z.B. Expertenstandards), der Maßstäbe und



Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI zugrunde legt

und

- die Erhebungen nach der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) oder der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durchgeführt und entsprechend diesen Vereinbarungen bewertet wird.

(2) Ein Prüfverfahren ist auch dann einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es auf einem Qualitätsmanagementsystem wie z. B.

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell DIN EN ISO 9001

oder

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell EFQM (European Foundation for Quality Management)

basiert und die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt.

### **III. Fassung stationär nach redaktioneller Abstimmung**

Die Schiedsstelle hat vereinbart, dass Vertreter der Leistungserbringer und der Leistungsträger auf der Grundlage der Schiedsstelleneinigung und des Schiedsstellenbeschlusses eine danach erforderliche redaktionelle Abstimmung vornehmen. Diese ist erfolgt.

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI in Bezug auf die Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren, die nach der Vereinbarung der Vertrags-

partner den MuG ambulant und stationär jeweils als Anlage angefügt werden, haben nach Überprüfung durch den Vorsitzenden der Schiedsstelle  
**folgende Fassung:**

**Anlage nach Ziffer 5 (ambulant) bzw. 7 (stationär) der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege in Bezug auf die Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren**

### **§ 1 Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen**

- (1) Unabhängige Sachverständige sind Personen, die die allgemeinen und spezifischen Voraussetzungen nach § 6 und § 7 erfüllen und die Prüfungen nach dieser Vereinbarung fachlich und organisatorisch allein verantwortlich durchführen.
- (2) Prüfinstitutionen sind alle Gesellschaften, in denen mehrere Prüfer, die die allgemeinen und spezifischen Voraussetzungen nach § 6 und 7 erfüllen, Prüfungen nach dieser Vereinbarung durchführen.

### **§ 2 Anerkennungsverfahren**

- (1) Anträge auf Anerkennung als unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen sind bei den Landesverbänden der Pflegekassen in dem Land, in dem sich der Betriebssitz befindet, zu stellen. Die Anerkennung erstreckt sich auf alle Bundesländer.
- (2) Sofern die Voraussetzungen für die Anerkennung nach dieser Vereinbarung vorliegen, erteilen die Landesverbände der Pflegekassen den unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen die Anerkennung als Bescheid für die Dauer von maximal drei Jahren.
- (3) Die Anerkennung für akkreditierte Prüfinstitutionen hat abweichend von Absatz 2 für die Dauer der Akkreditierung nach der DIN EN ISO Norm 17021 Gültigkeit.

### **§ 3 Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit**

- (1) Sachverständige und Prüfinstitutionen, die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI durchführen möchten, müssen folgende Anforderungen erfüllen:
  1. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen von Pflegeeinrichtungen, deren Trägern, ihren Vereinigungen sowie von mit ihnen verbundenen Organisationen wirtschaftlich und organisatorisch unabhängig sein und dies nachweisen. Sie müssen ihre Beziehungen mit verbundenen Stellen identifizieren, analysieren, dokumentieren und durch geeignete Nachweise (z. B. Gesellschafterverträge, Satzung, Auszüge aus dem Handelsregister) darstellen. Die Unabhängigkeit besteht nicht bei Eigentümerschaft, Beherrschung, Leitung, gemeinsam genutzten Ressourcen, Personal und Finanzen durch bzw. mit Pflegeeinrichtungen, deren Trägern, ihren Vereinigungen sowie von mit ihnen verbundenen Organisationen.

Unabhängigkeit besteht auch nicht bei Zahlung von Verkaufsprovisionen sowie bei Verträgen, die über die Vergütung von Leistungen der Zertifizierung bzw. Prüfung hinaus gehen oder anderen Anreizen für die Empfehlung neuer Kunden

2. Die oberste Leitung der Prüfinstitution bzw. der Sachverständige muss sich schriftlich zu ihrer bzw. seiner Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit verpflichten. Diese Erklärung muss öffentlich (z. B. über die Internetpräsenz) zugänglich sein.
  3. Die eingesetzten Prüfer bzw. unabhängigen Sachverständigen müssen in ihren Entscheidungen in Bezug auf die Prüfung frei sein und die Unabhängigkeit ihrer fachlichen Beurteilung darf nicht eingeschränkt sein. In Prüfinstitutionen muss dies schriftlich dokumentiert sein. Bei der Wahrnehmung ihrer Prüftätigkeit sind die eingesetzten Prüfer bzw. unabhängigen Sachverständigen ihrem Gewissen unterworfen.
  4. Sie dürfen Pflegeeinrichtungen, Trägern, deren Vereinigungen sowie mit ihnen verbundenen Organisationen keine Beratungs- und Schulungsleistungen anbieten.
  5. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen dürfen in den von ihnen geprüften Pflegeeinrichtungen keine internen Audits durchführen.
  6. Die unabhängigen Sachverständigen bzw. die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer dürfen in den letzten zwei Jahren vor Durchführung der Prüfung bei der Pflegeeinrichtung oder ihrer Vereinigung nicht beschäftigt gewesen sein und dort keine Beratung sowie internen Audits durchgeführt haben.
  7. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen dürfen keinem kommerziellen, finanziellen oder sonstigem Druck ausgesetzt sein, der die Unabhängigkeit ihrer Prüftätigkeit in Frage stellt.
  8. Unabhängige Sachverständige müssen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen und Prüfer von Prüfinstitutionen gegenüber der obersten Leitung der Prüfinstitutionen jede ihnen bekannte Situation offenlegen, die sie selbst oder die Prüfinstitution vor Interessenkonflikte stellen könnte.
  9. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen sicherstellen, dass die ihnen bei der Prüfung bekannt werdenden Kenntnisse vertraulich behandelt werden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften deren Offenlegung erfordern.
  10. Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen über ein systematisches Beschwerdemanagement verfügen.
- (2) Sofern Prüfinstitutionen die Anforderungen der DIN EN ISO/IEC 17021 in der jeweils geltenden Fassung erfüllen und eine dafür erforderliche Akkreditierung nachweisen, sehen die Landesverbände der Pflegekassen von einer eigenstän-

digen Prüfung und Überwachung der Voraussetzungen nach § 3 ab. Sofern die Landesverbände der Pflegekassen begründete Hinweise auf die Gefährdung der Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit haben, können sie eine eigenständige Überprüfung dieser Voraussetzungen vornehmen.

#### **§ 4 Überwachung der Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit**

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen überprüfen jährlich und zwar grundsätzlich durch Vor-Ort-Prüfungen, ob die Voraussetzungen nach § 3 Absatz 1 bei den unabhängigen Sachverständigen und nicht akkreditierten Prüfinstitutionen noch vorliegen.
- (2) Sofern bei einem Landesverband der Pflegekassen eine Beschwerde über einen unabhängigen Sachverständigen oder eine Prüfinstitution eingeht, die begründete Zweifel an deren Unabhängigkeit oder Zuverlässigkeit enthält, wird eine unverzügliche Prüfung der Beschwerde und bei akkreditierten Prüfinstitutionen ggf. ihre Weiterleitung an die DAkkS veranlasst.
- (3) War die Beschwerde zutreffend, veranlassen die Landesverbände der Pflegekassen die erforderlichen Maßnahmen bis hin zum Entzug der Anerkennung. War die Beschwerde unzutreffend, teilen die Landesverbände der Pflegekassen dies dem unabhängigen Sachverständigen bzw. der Prüfinstitution schriftlich mit.
- (4) Der Beschwerdeführer wird über das Ergebnis seiner Beschwerde informiert.
- (5) Akkreditierte Prüfinstitutionen unterliegen auch der Überwachung der Akkreditierungsstelle. Mit der Aberkennung der Akkreditierung durch die Akkreditierungsstelle entfällt auch die Anerkennung gemäß § 2 Abs. 2. Von der Aberkennung der Akkreditierung hat die Prüfinstitution die örtlich zuständigen Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

#### **§ 5 Ausschuss zur Sicherung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit**

- (1) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen müssen einen Ausschuss zur Sicherung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit einrichten.
- (2) Der Ausschuss zur Sicherung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit hat folgende Aufgaben:
  1. Erarbeitung von Regelungen, die die Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit der Sachverständigen oder Prüfinstitutionen unterstützen.
  2. Er wirkt jeder Tendenz entgegen, die eine objektive Prüftätigkeit der unabhängigen Sachverständigen und Prüfinstitutionen gefährden könnte.
  3. Er berät zu Fragen, die das Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit beeinflussen können.
  4. Er bewertet mindestens einmal jährlich die Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit der durchgeführten Prüfungen.

5. Dem Ausschuss ist ein Bericht über die Aktivitäten nach § 4 zur Überwachung der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit vorzulegen.
- (3) Die Zusammensetzung, Befugnisse, Aufgaben und Kompetenzen des Ausschusses zur Sicherung der Unabhängigkeit müssen dokumentiert sein. Den Landesverbänden der Pflegekassen, den Verbraucherschutzorganisationen sowie den Trägervereinigungen der Pflegeeinrichtungen ist jeweils ein Sitz im Ausschuss anzubieten.

## **§ 6 Anforderungen an die Qualifikation von unabhängigen Sachverständigen bzw. Prüfer von Prüfinstitutionen**

- (1) Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen bei Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI eingesetzten Prüfer müssen die allgemeinen Anforderungen an Auditoren nach DIN EN ISO 19 011 erfüllen. Sie haben darüber geeignete Nachweise vorzulegen.
- (2) Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer müssen folgende spezifischen Qualifikationen nachweisen:
- Abschluss einer Ausbildung als Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
  - Eine dreijährige (bei unabhängigen Sachverständigen fünfjährige) Berufserfahrung in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im erlernten Beruf in einer Pflegeeinrichtung sowie die Aufrechterhaltung der pflegefachlichen Kompetenz,
  - zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8

### **Absatz 1:**

- a. Die Mitglieder der Prüfteams müssen über umfassende pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.
- b. Eine Einführungsschulung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nach § 114a Abs. 7 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung im Umfang von 40 Stunden. Die Schulungsmaßnahme beinhaltet Kenntnisse der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI, der Expertenstandards nach § 113a SGB XI, der gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Pflege nach dem SGB XI sowie der Landesrahmenverträge. Ferner muss der Prüfer die Aktualisierung des einschlägigen Wissens durch jährliche Fortbildungen im Umfang von 16 Stunden nachweisen.

- zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8

Absatz 2:

Eine anerkannte zertifizierte Qualifikation im Bereich Qualitätsmanagement (QM-Auditor nach TGA-Leitfaden zur Zertifizierung von QM-Fachpersonal, Stand 22.08.2007, bzw. Nachfolgeregelungen der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH; EFQM-Assessor) unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z.B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der Anlagen 1 und 2 und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI.

### **§ 7 Persönliche Anforderungen an die unabhängigen Sachverständigen und Prüfer von Prüfinstitutionen**

Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer müssen darüber hinaus persönlich geeignet sein, Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Sie müssen daher folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Innerhalb der letzten fünf Jahre dürfen sie nicht zu einer Freiheitsstrafe von mehr als drei Monaten oder zu einer Geldstrafe von mehr als 90 Tagessätzen verurteilt worden sein.
- Sie dürfen nicht durch Richterspruch die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verloren haben.
- Sie müssen in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Dies ist nicht der Fall, wenn über ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist und eine Eintragung in das vom Insolvenzgericht oder Vollstreckungsgericht zu führende Verzeichnis erfolgt ist.
- Sie müssen körperlich und psychisch in der Lage sein, ihrer Prüftätigkeit nachzukommen und dürfen an keiner gravierenden ansteckenden Krankheit leiden.

### **§ 8 Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren**

(1) Ein Prüfverfahren ist einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es mindestens

- die Qualitätsanforderungen der Vereinbarungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zugrunde legt

und hierzu mindestens

- die fachlichen Kriterien und Anforderungen, die sich aus den Qualitätsprüfungs-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlage 1 oder 2 mit den jeweiligen Mindestangaben ergeben, soweit diese sich nicht auf Angaben zum Auftragsverhältnis zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst beziehen, unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z.B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI zugrunde legt

und

- die Erhebungen nach der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) oder der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durchführt und entsprechend dieser Vereinbarungen bewertet.

(2) Ein Prüfverfahren ist auch dann einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es auf einem Qualitätsmanagementsystem wie z. B.

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell DIN EN ISO 9001

oder

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell EFQM (European Foundation for Quality Management)

basiert und die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt.

(3) Die Anerkennung von Prüfverfahren als gleichwertig kann nur bei Erfüllung der Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 erfolgen. Sie ist bei den Landesverbänden der Pflegekassen in dem Land, in dem sich der Betriebssitz des Sachverständigen oder der Prüfinstitution befindet, zu beantragen. Sie erstreckt sich auf alle Bundesländer und gilt, unabhängig von der Person des Sachverständigen oder der Prüfinstitution, allgemein.

### **§ 9 Weitere Voraussetzungen zur Anerkennung**

(1) Von den unabhängigen Sachverständigen und für die von Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer ist eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer Mindestdeckungssumme von 1 Mio. € nachzuweisen.

(2) Die unabhängigen Sachverständigen und die von Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer dürfen die Prüftätigkeit bis zur Vollendung der Regelaltersgrenze nach § 35 SGB VI ausüben.

(3) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen sind zur Einhaltung der Schweigepflicht verpflichtet. Es ist ihnen untersagt, bei der Ausübung ihrer Tätigkeit erlangte Kenntnisse Dritten unbefugt mitzuteilen oder zum Schaden anderer oder zu ihrem oder zum Nutzen anderer unbefugt zu verwerten. Ihre Mit-



arbeiter sind zur Beachtung der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Schweigepflicht besteht über die Beendigung des Auftragsverhältnisses hinaus.

(4) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen sind verpflichtet,

- ein vollständiges Exemplar verfasster Prüfberichte sowie
- sonstige schriftliche Unterlagen, die sich auf die Prüftätigkeit beziehen,

fünf Jahre lang aufzubewahren.

Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Aufzeichnungen oder die Unterlagen entstanden sind. Die Aufzeichnungen sind aus Datenschutzgründen in einem verschlossenen Schrank aufzubewahren. Der Zugang für Dritte ist auszuschließen.

Werden die Dokumente auf Datenträgern gespeichert, müssen die unabhängigen Sachverständigen bzw. Prüfinstitutionen sicherstellen, dass die Daten während der Dauer der Aufbewahrungsfrist verfügbar sind und jederzeit innerhalb angemessener Frist lesbar gemacht werden können. Sie müssen weiterhin sicherstellen, dass die Daten sämtlicher Unterlagen nicht nachträglich geändert werden können.

#### **§ 10 Übermittlung von Prüfergebnissen**

(1) Unabhängige Sachverständige und Prüfinstitutionen teilen die Ergebnisse ihrer Prüfungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen sowie der geprüften Pflegeeinrichtung mit, soweit diese die Regelprüfungen der Medizinischen Dienste teilweise ersetzen.

(2) Die Transparenzberichte nach § 115 Abs. 1a SGB XI sind nach den geltenden Transparenzvereinbarungen zu erstellen.

(3) Für die Übermittlung der Prüfberichte gilt § 115 Abs. 1 Satz 2 SGB XI. Die Einzelheiten des Verfahrens vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 30. Juni 2011.

## Gründe

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben, nachdem sie sich über verschiedene Punkte der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege nicht einigen konnten, die Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege nach § 113b SGB XI angerufen. Diese hat zunächst die mündliche Verhandlung vom 25. August 2010 durchgeführt, in deren Verlauf sie sich in den jeweils unter A. und B. „I. Einigung der Schiedsstelle“ aufgeführten Punkten geeinigt hat. In der weiteren mündlichen Verhandlung vom 21. Februar 2011 hat sich die Schiedsstelle zu den unter C. I. „Einigung der Schiedsstelle“ aufgeführten Punkten geeinigt.

Hinsichtlich der nicht geeinigten Punkte hat die Schiedsstelle am 25. August 2010 und am 21. Februar 2011 entschieden (jeweils unter A II., B II. und C II.).

### **Zu A. II. (MuG ambulant) - Beschluss der Schiedsstelle vom 25.8.2010:**

Hinsichtlich des nicht geeinigten Punktes bei der Präambel der „Maßstäbe und Grundsätze ambulant“ (MuG ambulant) erstrebten die Verbände der Leistungserbringer die Aufnahme einer Formulierung, nach der die Vertragspartner darüber einig gewesen seien, dass die jetzige Vereinbarung weit über die aus dem Jahre 1996 hinausgehe.

Die Leistungsträger wandten dagegen ein, diese Formulierung berücksichtige nicht, dass bereits im Jahr 2003 eine Nachfolgevereinbarung konsentiert gewesen sei, die nur wegen genereller Bedenken gegen eine finanzielle Überforderung der Sozialhilfeträger nicht ratifiziert werden konnte und hielten eine Bezugnahme auf frühere Vereinbarungen generell für entbehrlich.

Die Schiedsstelle hat hinsichtlich des nicht konsentierten Punktes der Präambel entschieden, dass der Satz „Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung im Verhältnis zu den vorangegangenen Normsetzungsverträgen.“ in die Präambel auf-

genommen werden soll. Die Formulierung macht deutlich, dass, ohne einen konkreten Bezug zu einer bestimmten Vereinbarung herzustellen, die jetzige Fassung der MuG für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege im Verhältnis zu früheren Normsetzungsverträgen eine Fortentwicklung darstellt. Dies ist sinnvoller Bestandteil einer Präambel.

Die von den Leistungsträgern geltend gemachten Befürchtungen, dass aus dieser Formulierung mit Erfolg vergütungsrechtliche Forderungen im Sinne einer höheren Vergütung von Pflegeleistungen abgeleitet werden könnten, teilt die Schiedsstelle nicht. Aus der Feststellung, dass es sich um eine Weiterentwicklung handelt, lässt sich nicht ableiten, dass damit neue - bisher nicht vergütete - Qualitätssicherungsmaßnahmen verbunden sind. Die Präambel der „Maßstäbe und Grundsätze ambulant“ zeigt nur die wesentlichen Gesichtspunkte auf, die für ihre Festlegung maßgeblich waren. Sie bildet keine Anspruchsgrundlage für höhere Vergütungsforderungen.

## **Zu B. II. (MuG stationär) - Beschluss der Schiedsstelle vom 25.8.2010:**

### **Nr. 2) Präambel Satz 1**

Die Schiedsstelle hat entschieden, dass in Satz 1 der Präambel der Begriff „Pflegequalität“ durch den Begriff „Qualität“ ersetzt wird und dass, soweit nicht explizit etwas anderes beschlossen wird, in dem folgenden Text der MuG entsprechend dem Vorschlag der Leistungserbringer vom 20.5.2010 jeweils der Begriff „Qualität“ anstelle des Begriffs „Pflegequalität“ verwendet wird.

Die Schiedsstelle hat weiter beschlossen, das Begriffspaar „hauswirtschaftliche Versorgung“ in Satz 1 der Präambel durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ zu ersetzen. Diese Ersetzung bezieht sich auf alle nachfolgenden Vorschriften der MuG, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes beschlossen wird.

### **1. Zur Ersetzung des Begriffs „Pflegerqualität“ durch den Begriff „Qualität“**

Beide Entscheidungen der Schiedsstelle stehen in einem unmittelbaren inneren Zusammenhang. Sie betreffen die Frage, wie der Begriff der Qualität der Pflege in § 113 Abs. 1 SGB XI zu verstehen ist und was von ihm umfasst wird.

Die Vorschrift des § 113 SGB XI wurde durch Art. 1 Nr. 70 des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PflegeWEG) vom 28.5.2008 (BGBl. I S. 874) mit Wirkung vom 1.7.2008 neu gefasst. Dabei trat die Regelung in Abs. 1 der Vorschrift an die Stelle des früheren § 80 Abs. 1 SGB XI, der durch das PflegeWEG zum 1.7.2008 aufgehoben worden ist.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum PflegeWEG sollte mit den Vorschriften der (neuen) § 112 ff. SGB XI die Qualitätssicherung im ambulanten und im stationären Bereich weiter ausgebaut werden, da die Qualität der pflegerischen Versorgung für die pflegebedürftigen Menschen und auch für die Akzeptanz der Pflegeversicherung einen wesentlichen Faktor darstelle (Begr. Gesetzentw. Der BReg, BT-Drucks. 16/7439, A II 6., S. 41). Dabei sollte der bereits zuvor eingeleitete Prozess der Weiterentwicklung der Pflegequalität fortgeführt und durch neue Instrumente und Verfahren größere Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung geschaffen werden (Begr. Gesetzentw. der BReg, BT-Drucks. 16/7439, S. 81, Zu Nr. 69 <§ 112>).

Vor diesem Hintergrund kann der Begriff der Qualität der Pflege nicht auf den Bereich der rein pflegerischen Maßnahmen beschränkt werden. Damit würden weite Leistungsbereiche in der stationären pflegerischen Versorgung, die insbesondere für die Ergebnisqualität der Pflege von Bedeutung sind, von der Qualitätssicherung ausgenommen. Dies widerspräche dem Anliegen des Gesetzes, die Qualität der Pflege durch Maßnahmen einer verbesserten Qualitätssicherung langfristig zu erhöhen.

Mit diesem Verständnis der Qualitätssicherung in § 113 Abs. 1 SGB XI stehen die gesetzlichen Regelungen im 11. Kapitel des SGB XI (§§ 112 ff. SGB XI) im Einklang. Sie gehen von einem umfassenden Qualitätsbegriff aus, der den gesamten Bereich derjenigen Leistungen einschließt, die gegenüber dem Pflegebedürftigen zu erbringen sind. So bestimmt etwa § 114 Abs. 2 Satz 5 SGB XI i.d.F. des PflegeWEG, dass

die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorzunehmenden Qualitätsprüfungen in der Form der Regelprüfungen sich nicht nur auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, sondern u. a. auch auf die soziale Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b SGB XI und auch zugleich auf die Qualität der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung erstreckt. Die Bestimmung belegt somit, dass bei der Prüfung, ob die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI erfüllt werden (§ 114 Abs. 2 Satz 2 SGB XI), auch Leistungen erfasst werden, die über die allgemeinen Pflegeleistungen hinausgehen.

Diesem gesetzlich vorgegebenen umfassenden Qualitätsbegriff der Pflege hat die Schiedsstelle dadurch Rechnung getragen, dass in der Präambel der MuG stationär anstelle des begrenzenden Begriffs der „Pflegequalität“ der Begriff „Qualität“ zu verwenden war.

## **2. Zur Ersetzung des Begriffspaares „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“**

Nach der Entscheidung der Schiedsstelle werden die Begriffe „hauswirtschaftliche Versorgung“ in Satz 1 der Präambel durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt. Diese Ersetzung bezieht sich auf alle nachfolgenden Vorschriften der MuG, sofern nicht explizit etwas anderes beschlossen wird.

Gegen die Aufnahme der „hauswirtschaftlichen Versorgung“ bzw. die Ersetzung dieses Begriffs durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ wandte sich allein der VDAB. Er machte geltend, die Aufnahme der hauswirtschaftlichen Versorgung in den Kanon der Regelungen der MuG sei kein vom Gesetzgeber vorgesehener Muss-Inhalt der MuG. Die Einbeziehung werde zunächst nicht von dem Wortlaut des § 113 Abs. 1 SGB XI getragen. Danach sei Regelungsgegenstand die Weiterentwicklung der **Pflege**qualität. Diese erfasse gerade nicht weitergehende Leistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. Aus der Entstehungsgeschichte ergebe sich ebenfalls kein Anhalt dafür, dass Teil der MuG auch Bereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung sein sollten, wie im Einzelnen dargelegt wird.

Weder aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes noch aus dem systematischen Zusammenhang, in dem die Vorschrift des § 113 Abs. 1 SGB XI zu anderen einschlägigen Vorschriften des SGB XI gesehen werden müsse, noch aus Sinn und Zweck der Regelung ergebe sich eine Verpflichtung zum Einbezug von Regelungen, die sich auf detaillierte Inhalte im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bezögen.

Dem Antrag des VDAB, die MUG stationär mit Ausnahme der Passagen festzulegen, die Regelungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung zum Inhalt haben, hat die Schiedsstelle nicht entsprochen.

Sie hat vielmehr beschlossen, den Begriff der „hauswirtschaftlichen Versorgung“, der sich inhaltlich auf die ambulanten Pflege bezieht, durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ zu ersetzen, die die stationäre Versorgung der Pflegebedürftigen betreffen. Unterkunft und Verpflegung sind Voraussetzung für die Anerkennung als stationäre Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI) und ihre Gewährung damit integraler Bestandteil der stationären Pflege.

Die Bereitstellung dieser Leistungen hat maßgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Eine Beschränkung der MuG stationär auf reine Pflegeleistungen würde einen für die Versorgung der Pflegebedürftigen wesentlichen Bereich aus der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung herausnehmen. Dies entspricht, wie bereits im Einzelnen zur Ersetzung des Begriffs „Pflegequalität“ durch den Begriff „Qualität“ ausgeführt, nicht dem Ansatz des Gesetzes, eine umfassende Sicherung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen und zu gewährleisten.

### **3. Weitere Ersetzung des Begriffs „Pflegequalität“ durch den Begriff „Qualität“**

#### **Nr. 10**

Entsprechend der Beschlussfassung zu Nr. 2 wird der Begriff „Pflegequalität“ in Nr. 10 durch den Begriff „Qualität“ ersetzt. Insoweit wird auf die Begründung zu Nr. 2 Bezug genommen.

### **4. Weitere Ersetzung des Begriffspaares „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“**

Entsprechend der Beschlussfassung zu Nr. 2 wird das Begriffspaar „hauswirtschaftliche Versorgung“ bei folgenden Nummerierungen des Protokolls über die Beschlussfassung der Schiedsstelle zu den MuG stationär durch die Begriffe „Unterkunft und Verpflegung“ ersetzt:

Nrn. 3, 6, 7 – 9, 11 – 14, 17, 20, 25, 27 – 30, 32 – 33, 36 – 38.

Insoweit wird auf die Begründung zu Nr. 2 Bezug genommen.

#### **Nr. 4) Präambel Satz 3**

Bei der Präambel der MuG stationär erstrebten die Verbände der Leistungserbringer die Aufnahme einer Formulierung, nach der die Vertragspartner darüber einig gewesen seien, dass die jetzige Vereinbarung weit über die aus dem Jahre 1996 hinausgehe.

Die Leistungsträger wandten dagegen ein, diese Formulierung berücksichtige nicht, dass bereits im Jahr 2003 eine Nachfolgevereinbarung konsentiert gewesen sei, die nur wegen genereller Bedenken gegen eine finanzielle Überforderung der Sozialhilfeträger nicht ratifiziert werden konnte und hielten eine Bezugnahme auf frühere Vereinbarungen generell für entbehrlich.

Die Schiedsstelle hat hinsichtlich des nicht konsentierten Punktes der Präambel entschieden, dass der Satz „Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung im Verhältnis zu den vorangegangenen Normsetzungsverträgen.“ in die Präambel aufgenommen werden soll. Die Formulierung macht deutlich, dass, ohne einen konkreten Bezug zu einer bestimmten Vereinbarung herzustellen, die jetzige Fassung der MuG für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege im Verhältnis zu früheren Normsetzungsverträgen eine Fortentwicklung darstellt. Dies ist sinnvoller Bestandteil einer Präambel.

Die von den Leistungsträgern geltend gemachten Befürchtungen, dass aus dieser Formulierung mit Erfolg vergütungsrechtliche Forderungen im Sinne einer höheren Vergütung von Pflegeleistungen abgeleitet werden könnten, teilt die Schiedsstelle nicht. Die Präambel der MuG stationär zeigt die wesentlichen Gesichtspunkte auf, die für ihre Festlegung maßgeblich waren. Sie bildet aber keine Anspruchsgrundlage für höhere Vergütungsforderungen.

#### **Nr. 5) 1. Grundsätze, 1.1 Ziele Satz 1**

Die Schiedsstelle hat entschieden, Satz 1 unter 1.1 Ziele wie folgt zu formulieren:

„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen die Leistungen im Rahmen des § 2 Abs. 2 Satz 2 und § 4 Abs. 3 SGB XI auf Basis der folgenden Ziele:“

Die Verbände der Leistungserbringer hatten beantragt (zuletzt Schriftsatz Rechtsanwälte Dornheim vom 10.8.2010, S. 5), den Einleitungssatz zu „1.1 Ziele Satz 1“ wie folgt festzusetzen: „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen im Rahmen des wirtschaftlich Vertretbaren Leistungen auf der Basis der folgenden Ziele“.

Sie trugen dazu im Einzelnen vor, die von den Wünschen der Pflegebedürftigen abhängigen Zielvorstellungen stünden in einem Spannungsverhältnis zu den begrenzten Personalmengen und den limitierten Mitteln zur Finanzierung der Pflege. Das müsse auch aus der Vereinbarung hervorgehen. Ansonsten entstehe ein Konflikt zwischen dem Wünschenswerten und dem bei vernünftiger Verwendung der finanziellen Ressourcen noch Machbaren. Dies entspreche auch der Rechtsprechung des BGH zu den Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen in stationären Einrich-



tungen. Stünden die Zielvorstellungen der MuG nicht in Beziehung zu den finanziellen und personellen Ressourcen der Pflegeeinrichtungen, drohe den Einrichtungsträgern wieder eine Art Garant haftung, die der BGH gerade abgelehnt habe.

Diese Auffassung lehnten die Leistungsträger mit der Begründung ab, es sei nicht in das Ermessen der vollstationären Pflegeeinrichtungen gestellt, nur die Leistungen zu erbringen, die sie für wirtschaftlich vertretbar hielten und dem pflegebedürftigen Menschen notwendige Hilfen deshalb vorzuenthalten. Die Einschränkung der Zielbestimmung „auf das wirtschaftlich Vertretbare“ könne daher nicht akzeptiert werden.

Um zu verdeutlichen, dass Leistungen an Pflegebedürftige im Rahmen des Leistungsrecht zu erbringen sind, diese Leistungen aber auch wirtschaftlich erbracht werden müssen und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden können, hat die Schiedsstelle im Wege des Kompromisses entschieden, anstelle der Formulierung „im Rahmen des wirtschaftlich Vertretbaren“ auf die Bestimmungen des § 2 Abs. 2 Satz 2 und des § 4 Abs. 3 SGB XI Bezug zu nehmen, aus denen sich ergibt, dass auch Leistungsansprüche Beschränkungen unterliegen können.

#### **Nr. 19) 2. Strukturqualität, 2.5 Räumliche Voraussetzungen, Satz 4**

Die Schiedsstelle hat entschieden, den Antrag: „Anzustreben ist, jedem Bewohner ein abschließbares Fach oder eine abschließbare Schublade in seinem Zimmer zur Verfügung zu stellen.“ abzulehnen.

Die Leistungsträger trugen hierzu vor (Schriftsatz des GKV-Spitzenverbandes vom 3.6.2010, S. 12), nahezu die Hälfte aller Pflegeplätze in der Bundesrepublik Deutschland entfalle auf Zwei- und Mehrbettzimmer. In diesen Fällen entstehe eine erhebliche zusätzliche strukturelle Einschränkung der Privat- und Intimsphäre der Pflegebedürftigen. Die Verfügbarkeit abschließbarer Fächer oder Schubladen in ihren Zimmern sei für die Heimbewohner deshalb eine wichtige Voraussetzung zur Wahrung ihrer Privatsphäre und damit zur Erhaltung ihrer Lebensqualität.

Die Verbände der Leistungserbringer machten dagegen geltend (Schriftsätze Rechtsanwälte Dornheim vom 11.5.2010, S. 24 f. und vom 10.8.2010, S. 7), ungeachtet der Frage, ob es überhaupt sinnvoll sei, unabhängig vom Einzelfall jedem pflegebedürftigen Heimbewohner einen Anspruch auf abschließbare Fächer oder Schubladen

zu geben, stehe den Vertragspartnern nach § 113 Abs. 1 SGB XI nicht die Kompetenz zu, eine entsprechende Regelung zu treffen. Schränke oder Ähnliches mit abschließbaren Fächern oder Schubladen zählen nicht zu den Verbrauchsgütern, sondern zu den Investitionsgütern. Sie könnten damit nicht Gegenstand der Qualitätssicherungsvereinbarung über die Gewährung von Pflege und Unterkunft in vollstationären Einrichtungen sein.

Die Schiedsstelle ist zu dem Ergebnis gekommen, den Antrag abzulehnen. Zwar ist grundsätzlich anzustreben, dass den Heimbewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen entsprechende abschließbare Einrichtungen zur Verfügung stehen. Dies ist jedoch nicht Gegenstand der Qualitätssicherung nach § 113 Abs. 1 SGB XI. Deswegen kann eine entsprechende Passage nicht in die MuG aufgenommen werden.

#### **Nr. 21) 3. Prozessqualität 3.1.1.2 Einzug und Eingewöhnung Satz 5**

Die Schiedsstelle hat folgende Formulierung beschlossen: „Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine Konzeption mit systematischen Hilfen für den Einzug und die Eingewöhnung und setzt diese nachweislich im Sinne der Pflegebedürftigen um.“

Die Verbände der Leistungserbringer hatten vorgeschlagen (vgl. Schriftsatz Rechtsanwälte Dornheim vom 11.5.2010, S. 27 ff.), im Anschluss an die geeinten Passagen zu „3.1.1.2 Einzug und Eingewöhnung „folgenden Satz aufzunehmen: „Konkret bedeutet dies, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine Konzeption mit systematischen Hilfen für den Einzug und die Eingewöhnung hat und nachweislich umsetzt“.

Es sei eine Formulierung notwendig, die die Mittel zur Realisierung der Eingewöhnung verdeutliche. Die Transparenzvereinbarung enthalte eine dem Antrag entsprechende Regelung unter Einschluss der Vorgabe der systematischen Auswertung der Eingewöhnungsphase. Die Formulierung müsse den geeinigten Kriterien aus der Transparenzvereinbarung entsprechen und nicht die Gefahr in sich bergen, dass die unbestimmten Vorgaben zu den Mitteln der Umsetzung der Eingewöhnung über die Transparenzvereinbarung hinaus erweitert würden.

Die Leistungsträger beantragten die Festsetzung folgender Formulierung: „Die Integration der Bewohner in die vollstationäre Pflegeeinrichtung erfolgt auf der Basis eines Konzeptes, das systematische Hilfen für den Einzug und die Eingewöhnung

sowie eine systematische Auswertung der Eingewöhnungsphase vorsieht“ (Schriftsatz GKV-Spitzenverband vom 3.6.2010, S. 13). Zur Begründung führten sie aus, die MuG hätten einen umfassenden und eine der Sache entsprechenden abstrakten Charakter. Der Antrag trage diesem Leitgedanken der Vereinbarung Rechnung, während die Formulierung der Leistungserbringer eher einengend und kasuistisch wirke.

Die Schiedsstelle hat im Anschluss an den Antrag der Leistungserbringer mehrheitlich den aufgeführten Kompromissvorschlag übernommen. Dabei ist die möglicherweise einengend zu verstehende Formulierung „Konkret bedeutet dies ....“ entfallen. Mit der Verpflichtung zur nachweislichen Umsetzung der Konzeption geht der beschlossene Text über den Vorschlag der Leistungsträger hinaus.

#### **Nr. 22) 3. Prozessqualität 3.1.1.3 Pflegeplanung und -dokumentation Satz 1**

Die Schiedsstelle hat folgende Formulierung beschlossen:

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fertigt eine individuelle Pflegeplanung und legt erreichbare Pflegeziele, deren Erreichung überprüft wird, fest.“

Die Leistungsträger beantragten (Schriftsatz des GKV-Spitzenverbandes vom 3.6.2010, S. 13), den fraglichen Satz 1 zum Unterpunkt Pflegeplanung und –dokumentation wie folgt festzusetzen: „Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fertigt eine individuelle Pflegeplanung und legt erreichbare Pflegeziele, deren Erreichung überprüft wird, fest.“ Sie verwiesen darauf, dass ein dieser Formulierung weitgehend vergleichbarer Vorschlag auf Arbeitsebene bereits geeint gewesen sei.

Die Verbände der Leistungserbringer schlugen folgende Kompromissformulierung vor (Schriftsatz Rechtsanwälte Dornheim vom 11.5.2010, S. 31): „Die vollstationäre Pflegeeinrichtungen fertigt eine Pflegeplanung und legt erreichbare Pflegeziele fest“.

Die Schiedsstelle hat beschlossen, in den Satz über die Erstellung einer individuellen Pflegeplanung und erreichbarer Pflegeziele eine Formulierung aufzunehmen, aus der sich ergibt, dass die Erreichung der Pflegeziele überprüft wird. Damit soll sichergestellt werden, dass nicht nur eine allgemeine Verpflichtung zur Erstellung einer

individuellen Pflegeplanung und erreichbarer Pflegeziele besteht, sondern dass die Erreichung dieser Pflegeziele auch überprüft wird.

### **Nr. 34) 3.3 Angebote der sozialen Betreuung Satz 7**

Aufgrund der Beschlussfassung der Schiedsstelle lautet der Satz wie folgt:

„Gruppenangebote sind konzeptionell zu planen und regelmäßig anzubieten.“

Den Vorschlag zur Ergänzung des Satzes um die Formulierung: „; regelmäßig bedeutet an mindestens 5 von 7 Wochentagen“ hat die Schiedsstelle abgelehnt.

Die Verbände der Leistungserbringer schlugen zur Konkretisierung der Angebote der sozialen Betreuung hinsichtlich der Erstellung eines Konzepts sowie der Regelmäßigkeit des Angebots eine Formulierung vor, die wie folgt lautete (Schriftsatz Rechtsanwälte Dornheim vom 11.5.2010, S. 38 ff.): „Konkret bedeutet dies, dass das Pflegeheim Gruppenangebote konzeptionell planen und regelmäßig anbietet; regelmäßig bedeutet an mindestens fünf von sieben Wochentagen.“

Die Verbände der Leistungsträger beantragten, dem Vorschlag der Leistungserbringer nicht zu folgen. Die MuG hätten einen umfassenden und abstrakten Charakter. Die Formulierung der Leistungserbringerverbände wirke demgegenüber eher einengend und kasuistisch. Eine Festlegung von Gruppenangeboten an mindestens 5 Tagen die Woche sei sachlich problematisch, weil es je nach Situation notwendig werden könne, tägliche Gruppenangebote zu machen. Die Formulierung könne daher zur Einengung des Leistungsrahmens der vollstationären Pflegeeinrichtungen führen (Schriftsatz GKV-Spitzenverband vom 3.6.2010, S. 16).

Die Schiedsstelle hat beschlossen, eine Verpflichtung der vollstationären Pflegeeinrichtungen darüber aufzunehmen, dass diese Gruppenangebote konzeptionell zu planen und regelmäßig anzubieten sind. Insofern liegt eine erforderliche Konkretisierung einer allgemeinen Verpflichtung vor. Dem weiteren Vorschlag der Leistungserbringer, den Begriff der Regelmäßigkeit dahingehend zu definieren, dass regelmäßig „an mindestens fünf von sieben Wochentagen“ bedeutet, ist die Schiedsstelle nicht gefolgt, da sie hierin die Gefahr gesehen hat, dass eine entsprechende

Verpflichtung als Obergrenze gedeutet werden könnte und deshalb weitere Gruppenangebote nicht angeboten werden würden, obwohl dies im Einzelfall erforderlich sein könnte.

### **Zu C II. (Zertifizierung von Prüfinstitutionen) – Beschluss der Schiedsstelle vom 21.2.2010**

Bei den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zu treffenden Vereinbarungen sind gemäß Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 aaO Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4 SGB XI, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Qualität der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen, zu regeln. Nach § 114 Abs. 4 SGB XI in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28.5.2008 (BGBl. I S. 874) haben die Landesverbände der Pflegekassen den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, sofern ihnen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vorliegen, die von der Pflegeeinrichtungen oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde (Satz 1 aaO). Nach Satz 2 aaO ist dafür Voraussetzung, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 SGB XI festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Absatz 1a veröffentlicht werden. Nach der Begründung zu dieser Änderung (Beschlussempfehlung und Bericht des BT – Ausschusses für Gesundheit -BT-Drucks 16/8525, S. 51) zielt diese darauf ab, eine Flexibilisierung des Prüfgeschehens zu erreichen, das interne Qualitätsmanagement durch eine angemessene Berücksichtigung von Ergebnissen aus unabhängigen Prüfungen zu stärken, zugleich aber eine regelmäßige Prüfung der personenbezogenen Ergebnisqualität in allen Pflegeeinrichtungen im Rhythmus der Regelprüfung sicherzustellen.

Festzulegen sind somit durch die Vertragspartner die Anforderungen an methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4 SGB XI, die

den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen (§ 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 SGB XI). Nach der Gesetzesbegründung zu § 113 Abs. 1 Satz 4 SGB XI (BT-Drucks 16/7439 S. 82) ist Voraussetzung für die Entsprechung neben der methodischen Verlässlichkeit, dass den von den Einrichtungsträgern veranlassten Prüfverfahren inhaltlich die jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über Qualitätsprüfungen zu Grunde liegen.

Im Verlauf der Schiedsstellenverhandlung konnte hinsichtlich der zu regelnden Anforderungen bei zahlreichen Fragen eine Einigung zwischen den Vertragspartnern erzielt werden. Offen blieben zwei Punkte. Das betraf zum einen die Regelung des § 6 Abs. 2 über die Anforderungen an die Qualifikation von unabhängigen Sachverständigen bzw. Prüfer von Prüfinstitutionen, zum anderen die Bestimmung des § 8 Abs. 1 über die Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren.

Die Leistungserbringer beantragten, **§ 6 Abs. 2** wie folgt festzusetzen:

(2) Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer müssen folgende spezifischen Qualifikationen nachweisen:

- Abschluss einer Ausbildung als Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Eine dreijährige (bei unabhängigen Sachverständigen fünfjährige) Berufserfahrung in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im erlernten Beruf in einer Pflegeeinrichtung sowie die Aufrechterhaltung der pflegefachlichen Kompetenz,
- zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8 Absatz 1:

- a. Die Mitglieder der Prüfteams müssen über umfassende pflegfachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.
  - b. Eine Einführungsschulung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nach § 114a Abs. 7 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung im Umfang von 40 Stunden. Die Schulungsmaßnahme beinhaltet Kenntnisse der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI, der Expertenstandards nach § 113a SGB XI, der gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Pflege nach dem SGB XI sowie der Landesrahmenverträge. Ferner muss der Prüfer die Aktualisierung des einschlägigen Wissens durch jährliche Fortbildungen im Umfang von 16 Stunden nachweisen.
- zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8 Absatz 2:

Eine anerkannte zertifizierte Qualifikation im Bereich Qualitätsmanagement (QM-Auditor nach TGA-Leitfaden zur Zertifizierung von QM-Fachpersonal, Stand 22.08.2007, bzw. Nachfolgeregelungen der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH; EFQM-Assessor). Die Mitglieder der Prüfteams müssen über umfassende pflegfachliche Kompetenz unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z.B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der Anlagen 1 und 2 und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI verfügen.

Die Leistungsträger beantragten demgegenüber, § 6 Abs. 2 wie folgt zu fassen:

- (2) Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer müssen folgende spezifischen Qualifikationen nachweisen:

- Abschluss einer Ausbildung als Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Eine dreijährige (bei unabhängigen Sachverständigen fünfjährige) Berufserfahrung in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im erlernten Beruf in einer Pflegeeinrichtung sowie die Aufrechterhaltung der pflegefachlichen Kompetenz,
- Die Mitglieder der Prüfteams müssen über umfassende pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.
- Eine Einführungsschulung zu Qualitätsprüfungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nach § 114a Abs. 7 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung im Umfang von 40 Stunden. Die Schulungsmaßnahme beinhaltet Kenntnisse der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI, der Expertenstandards nach § 113a SGB XI, der gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Pflege nach dem SGB XI sowie der Landesrahmenverträge. Ferner muss der Prüfer die Aktualisierung des einschlägigen Wissens durch jährliche Fortbildungen im Umfang von 16 Stunden nachweisen.

Zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8 Absatz 2: Eine anerkannte zertifizierte Qualifikation im Bereich Qualitätsmanagement (QM-Auditor nach TGA-Leitfaden zur Zertifizierung von QM-Fachpersonal, Stand 22.08.2007, bzw. Nachfolgeregelungen der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH, EFQM-Assessor) unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z. B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI, der Qualitäts-



prüfungs-Richtlinien einschließlich der Anlagen 1 und 2 und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI

Die Schiedsstelle folgte dem Kompromissvorschlag ihrer unparteiischen Mitglieder und beschloss folgende Formulierung zu § Abs. 2:

(2) Unabhängige Sachverständige oder die von den Prüfinstitutionen eingesetzten Prüfer müssen folgende spezifischen Qualifikationen nachweisen:

- Abschluss einer Ausbildung als Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Eine dreijährige (bei unabhängigen Sachverständigen fünfjährige) Berufserfahrung in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im erlernten Beruf in einer Pflegeeinrichtung sowie die Aufrechterhaltung der pflegfachlichen Kompetenz,
- zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8 Absatz 1:
  - a. Die Mitglieder der Prüfteams müssen über umfassende pflegfachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.
  - b. Eine Einführungsschulung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nach § 114a Abs. 7 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung im Umfang von 40 Stunden. Die Schulungsmaßnahme beinhaltet Kenntnisse der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI, der Expertenstandards nach § 113a SGB XI, der gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Pflege nach dem SGB XI sowie der Landesrahmenverträge. Ferner muss der

Prüfer die Aktualisierung des einschlägigen Wissens durch jährliche Fortbildungen im Umfang von 16 Stunden nachweisen.

- zusätzlich ausschließlich für die Durchführung von Prüfverfahren gemäß § 8 Absatz 2:

Eine anerkannte zertifizierte Qualifikation im Bereich Qualitätsmanagement (QM-Auditor nach TGA-Leitfaden zur Zertifizierung von QM-Fachpersonal, Stand 22.08.2007, bzw. Nachfolgeregelungen der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH; EFQM-Assessor) unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z. B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der Anlagen 1 und 2 und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI.

Die Schiedsstelle hat damit entschieden, dass grundsätzlich die Durchführung des Prüfverfahrens nach § 8 Abs. 1 oder § 8 Abs. 2 unterschiedliche Qualifikationen erforderlich machen kann. Gleichwohl müssen die Qualifikationen gleichwertig sein, um die Gleichwertigkeit der Ergebnisse sicherzustellen. Dafür reicht es nicht aus, dass die Mitglieder der Prüfteams über umfassende pflegfachliche Kompetenz unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z. B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der Anlagen 1 und 2 und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI verfügen. Vielmehr muss die zertifizierte Qualifikation unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z. B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI, der Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der Anlagen 1 und 2 und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI erworben worden sein.

Zu § 8 (Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren) beantragten die Leistungserbringer die Festsetzung folgende Formulierung:

(1) Ein Prüfverfahren ist einer Qualitätsprüfung im Sinne des § 114 Absatz 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es mindestens

- die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Vereinbarungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zugrunde legt

und hierzu mindestens

- die Erhebungen nach Spalte 2 der Anlage 1 dieser Vereinbarung durchführt

und

- die Erhebungen nach der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) oder der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durchführt und entsprechend der Ausfüllanleitung der jeweiligen Anlage 3 dieser Vereinbarungen bewertet wird.

(2) Ein Prüfverfahren ist auch dann einer Qualitätsprüfung im Sinne des § 114 Absatz 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es auf einem Qualitätsmanagementsystem wie z. B.

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell DIN EN ISO 9001

oder

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell EFQM (Recognised for Excellence)

basiert und

- die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Vereinbarungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zugrunde legt

und hierzu mindestens

- die Qualitätskriterien sowie die Informationen nach Spalte 1 der Anlage 1 dieser Vereinbarung einbezieht

und

- die Erhebungen nach der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) oder der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durchführt und entsprechend der Ausfüllanleitung der jeweiligen Anlage 3 dieser Vereinbarungen bewertet wird.

(3) Erfolgt eine Änderung der Richtlinien gemäß § 114a Abs. 7 SGB XI, vereinbaren die Vertragsparteien gemäß § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI binnen sechs Monaten nach Bekanntmachung der Richtlinien gemäß § 114a Abs. 7 SGB XI erforderliche Anpassungen der Anlage 1, welche der Änderung der Richtlinien Rechnung tragen.

(4) Die Anerkennung von Prüfverfahren als gleichwertig kann nur bei Erfüllung der Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 erfolgen. Sie ist bei den Landesverbänden der Pflegekassen in dem Land, in dem sich der Betriebssitz des Sachverständigen oder der Prüfinstitution befindet, zu beantragen. Sie erstreckt sich auf alle Bundesländer und gilt, unabhängig von der Person des Sachverständigen oder der Prüfinstitution, allgemein.

Die Leistungsträger beantragten, § 8 wie folgt zu fassen:

(1) Ein Prüfverfahren ist einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es mindestens

- die Qualitätsanforderungen der Vereinbarungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zugrunde legt

und hierzu mindestens

- die Erhebungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlage 1 oder 2 mit den jeweiligen Mindestangaben, soweit diese sich nicht auf Angaben zum Auftragsverhältnis zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst beziehen, nach Maßgabe der dazu erlassenen Ausfüllanleitungen durchführt

und

- die Erhebungen nach der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) oder der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durchgeführt und entsprechend diesen Vereinbarungen bewertet wird.

(2) Ein Prüfverfahren ist auch dann einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI als gleichwertig anzuerkennen, wenn es auf einem Qualitätsmanagementsystem wie z.B.

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell DIN EN ISO 9001

oder

- dem Qualitätsmanagement-Darlegungsmodell EFQM (European Foundation for Quality Management)

basiert und die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt.

Die Schiedsstelle folgte dem Kompromissvorschlag ihrer unparteiischen Mitglieder und beschloss, § 8 Abs. 1 Spiegelstrich 2 wie folgt zu fassen:

- die fachlichen Kriterien und Anforderungen, die sich aus den Qualitätsprüfungsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlage 1 oder 2 mit den jeweiligen Mindestangaben ergeben, soweit diese sich nicht auf Angaben zum Auftragsverhältnis zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst beziehen, unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z.B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI zugrunde legt.

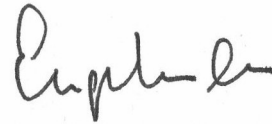
Im Übrigen blieb es nach dem Beschluss der Schiedsstelle bei der Formulierung des § 8 in der Fassung des Antrages der Leistungsträger.

Zur Sicherstellung der Gleichwertigkeit der auch nach anderen Prüfmethode erzielten Ergebnisse ist es nach Auffassung der Schiedsstelle unabdingbar, dass der Prüfung dieselben fachlichen Kriterien und Anforderungen zugrunde liegen. Dabei kann die Erhebungsmethode unterschiedlich sein. Deshalb war es erforderlich, die Prüfgrundlagen für alle Methoden einheitlich zu fassen. Dass wird dadurch erreicht, dass die fachlichen Kriterien und Anforderungen, die sich aus den Qualitätsprüfungsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlage 1 oder 2 mit den jeweiligen Mindestangaben ergeben, soweit diese sich nicht auf Angaben zum Auftragsverhältnis zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst beziehen, unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, von anerkannten Verfahrensstandards (z. B. Expertenstandards), der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Abs. 1 SGB XI und der MDK-Anleitungen zu den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI zugrunde zu legen sind und diese Regelung auch für Prüfverfahren gilt, die auf einem Qualitätsmanagementsystem beruhen.

**Rechtsbehelfsbelehrung**

Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle kann binnen eines Monats nach Zustellung der Entscheidung Klage erhoben werden. Die Klage ist schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Sozialgericht Berlin, Invalidenstraße 52, 10557 Berlin, zu erheben. Sie soll den Beklagten und den Streitgegenstand bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweise angeben. Der Klageschrift sollen Abschriften für die Beteiligten beigelegt werden.

Berlin, den 27. Mai 2011



Dr. Klaus Engelmann  
(Vorsitzender der Schiedsstelle)