

Richtlinien
des GKV-Spitzenverbandes¹
über die Prüfung
der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität
nach § 114 SGB XI
(Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR Ambulante Pflege)

vom 18. Dezember 2019²

Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) vom 6. September 2016 aufgrund der Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes, insbesondere der Änderungen der §§ 114 und 114a SGB XI, angepasst und als Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung am 27. September 2017 beschlossen. Sie wurde aufgrund der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V i. d. F. vom 30. August 2019 vom GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) am 18. Dezember 2019 in angepasster Form beschlossen. Zudem wurden auf der Grundlage der durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI Prüfkriterien für eine einheitliche Prüfung ambulanter Betreuungsdienste entwickelt und beschlossen.

Die Prüfgrundlagen für die ambulante Pflege sind wie folgt dargestellt: Teil 1a gilt für ambulante Pflegedienste und Teil 1b für ambulante Betreuungsdienste.

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

² Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diese Richtlinien mit Schreiben vom 25. März 2020 genehmigt.

Teil 1a Ambulante Pflegedienste

Präambel

- (1) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe von § 115a Absatz 3 bis 5 SGB XI fort. Dementsprechend wurden sie an die seit 1. Januar 2016 geltenden Regelungen und an die nach § 115a Absatz 1 SGB XI übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen angepasst und als Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) vom 6. September 2016 beschlossen.
- (2) Der GKV-Spitzenverband beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) aufgrund der Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) die Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR. Zum einen wurden die Änderungen der §§ 114 und 114a SGB XI umgesetzt (Einbeziehung von Personen in die Regelprüfung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen, unabhängig davon, ob Leistungsbezug nach § 36 SGB XI besteht sowie Änderungen beim Einholen von Einwilligungserklärungen). Zum anderen wurden im Zusammenhang mit der durch das PSG III eingeführten Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 i. V. m. § 275b SGB V gemeinsame Prüfkriterien für die intensivpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne des § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V entwickelt, um einheitliche Prüfgrundlagen für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) festzulegen, unabhängig davon, ob ein Pflegedienst einer Regelprüfung nach dem SGB XI oder SGB V unterliegt. Vor diesem Hintergrund wurden im vorliegenden Teil 1a der QPR, der die Prüfgrundlage für ambulante Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach dem SGB XI bildet, insbesondere Prüfkriterien für die spezielle Krankenbeobachtung im Erhebungsbogen für ambulante Pflegedienste (Anlage 1 und 2 zu Teil 1a der QPR) ergänzt. Die strukturellen Anforderungen an die Erbringung der letztgenannten Leistungen wurden auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V i. d. F. vom 30. August 2019 angepasst.
- (3) Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen haben nach Maßgabe von § 118 SGB XI an der Anpassung der QPR beratend mitgewirkt. Der GKV-Spitzenverband hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene beteiligt. Ihnen wurde unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben; die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Die vorliegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.
- (4) Die mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen vorliegenden Transparenzkriterien bilden eine Teilmenge der in den Anlagen zu diesen Richtlinien enthaltenen Qualitätskriterien. Die Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie des PKV-Prüfdienstes wird weiterhin ein umfassenderes Spektrum abbilden, wobei hier der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt. Bei der Erstellung der Prüfberichte nach § 115 Absatz 1 SGB XI und der Veröffentlichung der Transparenzberichte nach § 115 Absatz 1a SGB XI handelt es sich um voneinander getrennte Verfahren. Die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen vereinbarten Kriterien sind für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen im Transparenzbericht maßgeblich.

Für den Prüfbericht, der u. a. für die ambulanten Pflegedienste und die Landesverbände der Pflegekassen erstellt wird, sind alle Prüfkriterien der QPR Teil 1a relevant.

- (5) Teil 1a dieser QPR gilt bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung für den ambulanten Bereich nach § 114a Absatz 7 SGB XI.

1. Ziel der Richtlinien

- (1) Teil 1a der QPR dient als verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität in den ambulanten Pflegediensten nach einheitlichen Kriterien.
- (2) Ziel dieser Richtlinien ist es, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit den Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in ambulanten Pflegediensten weiter zu verbessern und zu sichern.

2. Geltungsbereich

- (1) Diese Richtlinien sind für den MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD) und den PKV-Prüfdienst nach § 115a Absatz 3 SGB XI verbindlich.
- (2) Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die nachstehenden Regelungen entsprechend.

3. Prüfauftrag

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den MDK und im Umfang von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge den PKV-Prüfdienst mit den Prüfungen nach § 114 Absatz 1 SGB XI, die als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst die Prüfaufträge schriftlich. Vor der Erteilung eines Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Pflegekassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.
- (2) Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere zu beschreiben:
 - Art der Prüfung,
 - Umfang der Prüfung, soweit dieser über die Mindestangaben hinausgehen soll,
 - bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrundeliegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
 - Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung,
 - Vorliegen einer anzeigepflichtigen intensivpflegerischen Versorgung von mindestens zwei Versicherten in einer Wohneinheit nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V³,

³ Diese Information ist im Prüfauftrag anzugeben, soweit sie den Landesverbänden der Pflegekassen vorliegt.

- ob eine Leistungserbringung in der speziellen Krankenbeobachtung erfolgt (z.B. beatmete Personen, Personen im Wachkoma)⁴,
 - Zeitpunkt der Prüfung,
 - Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit anderen Behörden wie z. B. Gesundheitsamt).
- (3) Mit dem Prüfauftrag sind dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), Versorgungsverträge, Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI einschließlich Anlagen, Strukturdaten, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen des ambulanten Pflegedienstes an die Landesverbände der Pflegekassen sowie eventuelle Beschwerden über den zu prüfenden ambulanten Pflegedienst.

4. Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung

- (1) Den Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde. Die Qualitätsprüfungen bilden eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Der beratungsorientierte Prüfansatz ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten (Impulsberatung). Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit des ambulanten Pflegedienstes mit dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.
- (2) Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst Zugang zum ambulanten Pflegedienst zu gewähren. Die Prüferin/der Prüfer weist sich auf Wunsch des Pflegedienstes aus. Die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Der Pflegedienst hat der Prüferin/dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI sowie die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen. Soweit erforderlich sind Kopien anzufertigen. Die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z. B. Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfungen führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung. Für Nachweiszwecke sind - soweit erforderlich - Kopien anzufertigen.
- (3) In einem Einführungsgespräch werden dem ambulanten Pflegedienst das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der erforderliche Zeitaufwand für die Prüfung vermittelt.
- (4) Auf der Grundlage der PTVA gilt für die Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste:

Die Prüfung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt anhand des Erhebungsbogens und der zugehörigen Ausfüllanleitung. Informationsquellen/Nachweise sind:

- Auswertung der Dokumentation,

⁴ siehe Fußnote 3.

- Beobachtungen während der Prüfung,
- Befragung der versorgten Personen⁵,
- Befragung der Angehörigen,
- Auskunft/Information/Darlegung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In den Ausfüllanleitungen zu den Kriterien der PTVA wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation und der Beobachtungen im ambulanten Pflegedienst. Sofern nach deren Auswertung Zweifel bei der Prüferin/beim Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich - soweit möglich - Hinweise der versorgten Personen, ihrer Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

Bei den per Zufall ausgewählten Personen bzw. den im Rahmen von Anlassprüfungen zusätzlich ausgewählten Personen wird die personenbezogene Pflegequalität erhoben. Dies bildet den Schwerpunkt der Prüfung. Nach § 114a Absatz 3 SGB XI sind dabei insbesondere die Inaugenscheinnahme der versorgten Personen, die Pflegedokumentation, die Befragung der versorgten Personen, ihrer Angehörigen und die Befragungen der Beschäftigten angemessen zu berücksichtigen.

Die Prüfung der personenbezogenen Kriterien erfolgt anhand des Erhebungsbogens und der zugehörigen Ausfüllanleitung. Informationsquellen/Nachweise sind:

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

In den Ausfüllanleitungen zu den Kriterien der PTVA wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der personenbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt in Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes. Sofern der ambulante Pflegedienst die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters nur zeitlich begrenzt gewährleisten kann, haben die Prüferinnen und Prüfer – soweit möglich – den Ablauf der Prüfung danach auszurichten. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt nur dann ohne die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes, wenn der ambulante Pflegedienst im Zeitraum der Prüfung keine Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Verfügung stellen kann. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel bei der Prüferin/beim

⁵ Versorgte Personen im Sinne dieser Richtlinien sind Personen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI

- Sachleistungsempfänger nach § 36 SGB XI
- Pflegebedürftige, die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI durch den Pflegedienst in Anspruch nehmen, sowie
- Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI in Anspruch nehmen (§ 28a Abs. 2 SGB XI) und die mindestens körperbezogenen Pflegemaßnahmen erhalten.

Als versorgte Personen gelten auch Personen, die durch den Pflegedienst mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V versorgt werden, unabhängig davon, ob Sachleistungsbezug nach dem SGB XI besteht.

Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich - Hinweise der versorgten Personen, ihrer Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich die Prüferin/der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

Die jeweiligen Nachweisebenen werden auch bei den Kriterien berücksichtigt, die nicht Gegenstand der PTVA sind.

(5) Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird der ambulante Pflegedienst anhand erster Ergebnisse in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel beraten, ggf. festgestellte Qualitätsmängel direkt abzustellen, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung des ambulanten Pflegedienstes für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Das Abschlussgespräch dient auch der Darlegung festgestellter Mängel. Sofern der ambulante Pflegedienst im Rahmen der Prüfung zu Prüfergebnissen abweichende Meinungen geäußert hat, werden diese im Abschlussgespräch von der Prüferin/vom Prüfer dargelegt. Ein umfassendes Bild über die Qualität des ambulanten Pflegedienstes ergibt sich aus dem Prüfbericht, der nach der Prüfung erstellt wird. Ein im Rahmen der Prüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden bei festgestellten Qualitätsdefiziten im Prüfbericht Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

5. Eignung der Prüferinnen und Prüfer

- (1) Die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z. B. Ärztinnen/Ärzte oder Kinderärztinnen/Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass der zu prüfende Pflegedienst Personen mit verordneter spezieller Krankenbeobachtung, beatmungspflichtige Personen oder Personen im Wachkoma versorgt, verfügt mindestens eine Prüferin oder ein Prüfer über besondere Kenntnisse in diesem Prüfgebiet.
- (2) Die Mitglieder der Prüfteams müssen über 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.

6. Prüfinhalte und Umfang der Prüfung

- (1) Inhalte der Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Bei der Regelprüfung und der Anlassprüfung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 zu Teil 1a der QPR definierten Mindestangaben zu prüfen. Zur Sicherstellung bundeseinheitlicher vergleichbarer Prüfergebnisse in der Qualität der Pflege trägt die Regelprüfung einen abschließenden Charakter und kann nicht von den Pflegekassen verändert oder erweitert werden.
- (2) Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Absatz 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Dabei werden die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien erneut geprüft. Nicht beanstandete Kriterien werden unverändert übernommen. Die personenbezogenen Mindestangaben (mit Ausnahme der Befragung der versorgten Personen) sind vollständig zu prüfen.
- (3) Die Regelprüfung bezieht sich insbesondere auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung erstreckt werden.

Die Regelprüfung bezieht sich in der ambulanten Pflege auf die Qualität der

- körperbezogenen Pflegemaßnahmen
- pflegerischen Betreuungsmaßnahmen,
- Hilfen bei der Haushaltsführung,
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Die Prüfung bezieht sich auch auf die Anforderungen der relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).

- (4) Die Prüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.
- (5) Die Feststellungen sind für die ambulanten Pflegedienste in dem Erhebungsbogen nach Anlage 1 zu Teil 1a der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 zu Teil 1a der QPR auszufüllen.
- (6) Basis der Prüfungen sind⁶:
 - die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
 - die abrechnungs- und vergütungsrelevanten Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
 - die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die ambulante Pflege,

⁶ Es gelten die jeweils aktuellen Fassungen.

- der aktuelle Stand des Wissens,
- die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
- die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V,
- die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V,
- die für die Qualitätsprüfung relevanten Inhalte der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV) sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Hinsichtlich der strukturellen Anforderungen an Pflegedienste, die Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung erbringen, sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V Maßstab für die Bewertung. Hinsichtlich der Bewertung der Anforderungen an die Durchführung dieser Leistungen sind die Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V und der aktuelle Wissenstand maßgeblich.

- (7) Sofern der Pflegedienst zum Zeitpunkt der Prüfung Personen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI⁷ (ab Pflegegrad 2) versorgt, gilt für die Auswahl der in die Prüfungen einzubeziehenden Personen:

Bei Regelprüfungen werden Personen, die Sachleistungen nach dem SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen, wie folgt zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen:

- Drei Personen aus dem Pflegegrad 2
- Drei Personen aus dem Pflegegrad 3
- Zwei Personen zusammen aus den Pflegegraden 4 und 5.

Personen, die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen, sind den Sachleistungsbeziehern gleichzusetzen. Personen mit einem Hilfebedarf unterhalb des Pflegegrades 2 werden nicht in die Prüfung einbezogen. Ist eine in die Prüfung einbezogene Person aufgrund kognitiver oder anderer Ursachen nicht auskunftsfähig, wird dies im Prüfbericht vermerkt. Eine ergänzende Einbeziehung von Pflegebedürftigen ausschließlich zur Durchführung der Zufriedenheitsbefragung erfolgt nicht. Bei nichtauskunftsfähigen Minderjährigen können die Eltern bzw. sonstige sorgeberechtigte Personen zur Zufriedenheit befragt werden.

Sofern nicht bei mindestens einer/einem bei diesen nach Pflegegraden ausgewählten Pflegebedürftigen mindestens eine der folgenden Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V⁸ entsprechend des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

⁷ Siehe Fußnote 5

⁸ Sofern bei Versicherten privater Krankenversicherungsunternehmen Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Pflegedienst erbracht werden, die inhaltlich den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V entsprechen, wird davon ausgegangen, dass dies entsprechend den Regelungen des § 37 SGB V erfolgt. Insofern können auch Versicherte privater Krankenversicherungsunternehmen in die Prüfung einbezogen werden. Prüfgrundlage ist die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V sowie die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V. Die im weiteren Richtlinien-Text verwendete Formulierung „Leistungen nach § 37 SGB V“ bezieht sich bei privat Versicherten auf Leistungen, die den Leistungen nach § 37 SGB V entsprechen.

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung,
- Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
- Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
- Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
- Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

erbracht wird, wird zusätzlich eine weitere Person in die Prüfung einbezogen, bei der der ambulante Pflegedienst Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V entsprechend der oben genannten Ziffern (mindestens entsprechend einer Ziffer) erbringt. Prioritär ist eine Person auszuwählen, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ erhält.

Die zusätzlich einzubeziehende Person ist unabhängig davon auszuwählen, ob Leistungsbezug nach dem SGB XI (Pflegegrad 1 bis 5) besteht. Bei dieser Person werden ausschließlich die Leistungen nach § 37 SGB V geprüft. Die Prüfergebnisse zu der zusätzlich einbezogenen Person sind nicht in den Transparenzbericht nach § 115 Absatz 1a SGB XI zu übernehmen.

Im Rahmen von Anlassprüfungen ist die Stichprobe ggf. so zu ergänzen, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann dies ebenfalls zu einer Ergänzung der Stichprobe führen. Nach § 115 Absatz 1a SGB XI bilden bei Anlassprüfungen die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Es können auch Personen in die Anlassprüfung einbezogen werden, die keine Sachleistungen nach dem SGB XI, sondern ausschließlich Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Zur Überprüfung von Beschwerdegründen können auch hier prioritär Personen ausgewählt werden, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ erhalten. Die Prüfergebnisse dieser Personen sind nicht in den Transparenzbericht nach § 115 Absatz 1a SGB XI zu übernehmen.

Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht bewertet werden können, muss ersatzweise eine Person einbezogen werden, bei der diese Kriterien zutreffen.

Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, die nicht von der in der PTVA vereinbarten zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) erfasst werden, insbesondere bei folgenden Pflegesituationen

- freiheitsentziehende Maßnahmen,
- Dekubitus oder andere chronische Wunden,
- Ernährungsdefizite,
- chronische Schmerzen,
- Kontrakturen,
- Person mit Anlage einer PEG-Sonde,
- Person mit Blasenkatheeter,

erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. Die Durchführung einer Anlassprüfung setzt voraus, dass der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden

der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Der ambulante Pflegedienst ist hierüber zu informieren.

- (8) Sofern eine Stichprobe nach Pflegegraden gemäß Absatz 7 nicht gebildet werden kann, z. B. weil der Pflegedienst zum Zeitpunkt der Prüfung ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringt, gilt für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Personen:

Bei Regelprüfungen werden acht der vom Pflegedienst versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Dabei werden Personen zufällig ausgewählt, die aufwändigere oder risikobehaftete Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Hierzu zählen insbesondere folgende Leistungen des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung,
- Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
- Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
- Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
- Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Die Auswahl der Personen erfolgt unabhängig davon, ob ein Leistungsbezug nach § 28a Abs. 2 SGB XI (Pflegegrad 1) besteht. Bei diesen Personen werden ausschließlich die Leistungen nach § 37 SGB V geprüft. Die Prüfergebnisse sind nicht in den Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI zu übernehmen.

Bei Pflegediensten, die nicht nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V anzeigepflichtig sind, werden zunächst nach Möglichkeit vier Personen mit Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ zufällig ausgewählt. Anschließend werden nach Möglichkeit zwei Personen ausgewählt, die Leistungen nach der Ziffer 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ oder Ziffer 30 „Venenkatheter, Pflege des zentralen“ erhalten. Anschließend werden nach Möglichkeit zwei Personen ausgewählt, die eine der Leistungen nach Ziffer 6 „Absaugen“, Ziffer 8 „Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung“, Ziffer 29 „Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der“ erhalten. Ist die Stichprobengröße von acht Personen noch nicht erreicht, werden anschließend Personen mit anderen Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V für die Prüfung ausgewählt.

Bei Pflegediensten, die nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V anzeigepflichtig sind, werden zunächst Personen mit Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ in die Prüfung einbezogen, davon nach Möglichkeit mindestens 50 % Personen die in organisierten Wohneinheiten leben. Kann damit die Stichprobengröße nicht ausgeschöpft werden, werden ergänzend Personen mit anderen der oben genannten Leistungen (Ziffern 6, 8, 29, 30, 31a) in die Prüfung einbezogen. Dabei ist nach Möglichkeit die Auswahl in folgender Reihenfolge zu treffen: Ziffer 31a, 30, 6, 8 und 29.

Bei Anlassprüfungen werden acht der vom Pflegedienst versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten; die Regelungen zur Zusammensetzung der Personenstichprobe für die Regelprüfung werden analog berücksichtigt. Wenn es für die Anlassprüfung erforderlich ist, kann die Personenstichprobe abweichend davon so gestaltet

werden, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann die Stichprobe darauf ausgerichtet werden. Bei Anlassprüfungen kann die Personenstichprobe bei Bedarf auch mehr als acht Personen umfassen.

Bei Wiederholungsprüfungen werden acht der vom Pflegedienst versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten; die Regelungen zur Zusammensetzung der Personenstichprobe für die Regelprüfung werden analog berücksichtigt. Wenn es für die Wiederholungsprüfung erforderlich ist, kann die Personenstichprobe abweichend davon so gestaltet werden, dass die bemängelten personenbezogenen Kriterien bewertet werden können.

Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, kann die Prüfung in Form einer Anlassprüfung durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Der Pflegedienst ist hierüber zu informieren.

(9) Bezüglich der Gewährleistung einer Zufallsstichprobe gilt:

Die in die Prüfung einzubeziehenden Personen werden innerhalb der Pflegegrade bzw. der Leistungen nach § 37 SGB V zufällig ausgewählt. Der Pflegedienst hat gemäß § 114a Abs. 3a SGB XI im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht nach § 114 Abs. 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihm versorgten Personen inklusive der bei diesen zu erbringenden Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V an die jeweiligen Prüferinnen und Prüfer weiterzuleiten. Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe hat der ambulante Pflegedienst eine vollständige nach Pflegegraden (Pflegegrad 4 und 5 in einer gemeinsamen Gruppe) sortierte Liste der Pflegebedürftigen mit Namen vorzulegen, innerhalb der Pflegegrade (Pflegegrad 4 und 5 in einer gemeinsamen Gruppe) sind die Pflegebedürftigen in alphabetischer Reihenfolge zu listen.

Sofern der Pflegedienst Personen versorgt, die ausschließlich Leistungen nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen, hat der Pflegedienst eine vollständige Liste dieser Personen vorzulegen, sortiert nach den erbrachten Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V entsprechend der in Absatz 7 und 8 genannten Leistungen (Ziffern 6, 8, 24, 29, 30 und 31a).

Aus den oben genannten Listen wird wie folgt ausgewählt:

- Nach einem Zufallsprinzip wird eine Zahl zwischen 1 und 6 ausgewählt. Diese Zahl bestimmt die Abstände der auszuwählenden Personen.
- Die Prüferin/der Prüfer entscheidet, ob er bei der Auswahl der Personen am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Liste beginnt zu zählen.
- Die Prüferin/der Prüfer entscheidet, ob er nach oben oder nach unten zählt.
- Wenn eine ausgewählte Person die Zustimmung verweigert oder aus anderen Gründen eine Einbeziehung der ausgewählten Person nicht möglich ist, wird jeweils die nächste Person in der Liste ausgewählt.

Wenn die Einrichtung keine geeigneten Listen zur Verfügung stellen kann, legt der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

Kann die erforderliche Mindestzahl von Personen nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Personen vom ambulanten Pflegedienst versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe nicht erteilt haben, so hat der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Die Stichprobe wird nicht aus anderen Pflegegraden ergänzt. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

7. Einwilligung

- (1) Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der versorgten Person oder einer/eines hierzu Berechtigten (vertretungsberechtigte Person, gesetzlich bestellte Betreuerin/bestellter Betreuer) voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person hat der Prüfer/die Prüferin diese in verständlicher Weise aufzuklären über
- Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,
 - den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und die Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme und
 - die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung.

Ferner ist im Rahmen der Aufklärung darauf hinzuweisen, dass im Falle der Ablehnung der versorgten Person keine Nachteile entstehen.

- (2) Die Einwilligung der versorgten Person nach § 114a Absatz 3a SGB XI kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise gegenüber den Prüferinnen/Prüfern abgegeben werden, die Person der/des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die versorgte Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer/eines hierzu Berechtigten einzuholen. Ist eine Berechtigte/ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung der/des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren. Die Einwilligung ist nach § 114a Absatz 2 und 3 SGB XI erforderlich für
- das Betreten der Wohnung der versorgten Person,
 - die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der versorgten Person,
 - die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,
 - die Befragung der versorgten Person, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuerinnen und Betreuer sowie der Angehörigen,
 - die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichtes.

Die Einwilligung muss vor der Einbeziehung der versorgten Person in die Prüfung vorliegen.

8. Abrechnungsprüfung

- (1) Es werden in Rechnung gestellte Leistungen nach Ziffer 6 Absatz 3 dieser Richtlinien in die Abrechnungsprüfung einbezogen.
- (2) Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage. Die Prüferin/der Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes/zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen. Stellt der MDK oder der PKV-Prüfdienst im Rahmen einer Qualitätsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest, kann die Regelprüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung umgewandelt werden.
- (3) Die Abrechnungsprüfung erfolgt bei der Personenstichprobe gemäß Ziffer 6 Absatz 7 bis 9 dieser Richtlinien.
- (4) Bewertungsmaßstab der Abrechnungsprüfung sind insbesondere die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI einschließlich Anlagen, die aktuell geltenden Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI sowie die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen. Darüber hinaus ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses heranzuziehen. Die Vergütungsvereinbarungen bzw. Verträge nach § 132a SGB V sind vom ambulanten Pflegedienst bereit zu halten. Wenn für privat versicherte Pflegebedürftige keine entsprechenden Vertragsunterlagen zur Verfügung stehen, ist bei diesen Personen eine Prüfung der vertragskonformen Abrechnung der Leistungen nicht möglich.
- (5) Unterlagen, die zur Abrechnungsprüfung eingesehen werden, sind insbesondere Pflegeverträge, Kostenvoranschläge, Pflegedokumentationen, Durchführungsnachweise/Leistungsnachweise, Rechnungen, Handzeichenlisten, Qualifikationsnachweise, Dienstpläne, Einsatz- oder Tourenpläne, Stundennachweise, Arbeitsverträge/Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen, Berufsurkunden, Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1, 1a und 2 SGB V, Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V. Liegen die entsprechenden Unterlagen nicht vor, ist die Abrechnungsprüfung dennoch so weit als möglich durchzuführen. Im Prüfbericht ist zu vermerken, welche Gründe hierfür vorlagen. Die Feststellungen zur Abrechnungsprüfung sind in Kapitel 16 des Erhebungsbogens nach Anlage 1 zu Teil 1a der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 zu Teil 1a der QPR auszufüllen. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnung werden Kopien der relevanten Unterlagen angefertigt.

9. Prüfbericht

- (1) Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Qualitätsprüfung enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die konkreten Empfehlungen des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet und versendet diesen an die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI), an den betroffenen ambulanten Pflegedienst und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Bei Auf-

fälligkeiten in der Abrechnungsprüfung wird der Prüfbericht auch an die Pflegekasse versendet, bei der die betreffende Person versichert ist. Dabei wird gegenüber der betroffenen Pflegekasse in einem gesonderten Dokument offengelegt, bei welcher Person (Name, Vorname, Geburtsdatum) Auffälligkeiten festgestellt worden sind. Der betroffenen Pflegekasse werden zur Beweissicherung Kopien abrechnungsrelevanter Unterlagen als Anlage zum Prüfbericht zugeleitet. Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst stellen gleichzeitig die nach den Pflege-Transparenzvereinbarungen für eine Veröffentlichung erforderlichen Daten zur Verfügung. Diese Daten sind den Landesverbänden der Pflegekassen in einer vom GKV-Spitzenverband nach § 53 Satz 2 SGB XI i. V. mit § 217f Absatz 2 SGB V entwickelten Datendefinition (Formate, Strukturen und Inhalte) zu liefern.

- (2) Stellt der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt er unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI). Hält der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst bei schwerwiegenden Mängeln in der ambulanten Pflege die weitere Versorgung der versorgten Person durch den ambulanten Pflegedienst für nicht gerechtfertigt, teilt er dies und die dafür maßgebenden Gründe der zuständigen Pflegekasse unverzüglich schriftlich mit.
- (3) Die Bewertung der Prüfergebnisse durch die Pflegekasse bzw. die Landesverbände der Pflegekassen erfolgt anhand der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie der vertraglichen Vereinbarungen mit dem Pflegedienst.
- (4) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für ambulante Pflegedienste ergibt sich aus Anlage 3 zu Teil 1a der QPR.

10. Inkrafttreten der Richtlinien

Die Richtlinien Teil 1a der QPR treten am 1. Januar 2021⁹ in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt treten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) Teil 1 in der Fassung vom 27. September 2017 außer Kraft.

⁹ Mit Schreiben vom 23.06.2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit das Inkrafttreten dieser Richtlinien zum 01.01.2021 bestätigt.

QPR – Teil 1a Ambulante Pflegedienste

Anlage 1

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in ambulanten Pflegediensten

18.12.2019

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in ambulanten Pflegediensten

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung

- ja
- nein
- t. n. z. = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe

- MA = Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter
- PFK = Pflegefachkraft

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

<small>M/Info</small>	
1.1	Auftragsnummer:

M/Info		
1.2	Daten zum Pflegedienst	
a.	Name	
b.	Straße	
c.	PLZ / Ort	
d.	Institutionskennzeichen (IK)	1.
		2.
		3.
		4.
e.	Telefon	
f.	Fax	
g.	E-Mail	
h.	Internet-Adresse	
i.	Träger / Inhaber	
j.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband	
l.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
m.	Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	
n.	Verantw. PFK Name	
o.	Stellv. verantw. PFK Name	
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen	
q.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
r.	Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	<input type="checkbox"/> ja
s.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	

t.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
u.	Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
v.	Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
w.	Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

M/Info			
1.3 Daten zur Prüfung			
a.	Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek	
b.	Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst	
c.	Datum		
		von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
d.	Uhrzeit		
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
e.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Pflegedienstes		
f.	Prüfende Gutachterin oder prüfender Gutachter		
g.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h.	Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner des MDK/PKV-Prüfdienstes	Name	
		E-Mailadresse	

<small>M/Info</small>		
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
a.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung	
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung	
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	
	TT.MM.JJJJ	
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben	TT.MM.JJJJ

<small>M/Info</small>					
1.5 Versorgungssituation					
		davon			
	Gesamt	Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

<small>M/Info</small>	
1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit:	
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonde
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	Multiresistenten Erregern

M/Info	
1.7	Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:
a.	Ziffer 6 Absaugen
b.	Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
c.	Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
d.	Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
e.	Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
f.	Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

M/Info		ja	nein
1.8	Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?			

		ja	nein	t. n. z.	E.
1.9	Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B					
a.	schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Pflegfachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
d.	vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

M/Info		ja	nein
1.10	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
a.	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen		
b.	<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen		
c.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
d.	<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung		
e.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft		
f.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst		

2. Allgemeine Angaben

2.1	Räumliche Ausstattung:	ja	nein	t. n. z.	E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Wohnungsschlüssel der versorgten Personen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der versorgten Personen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
M/T27/B					
2.2	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T26/B					
2.3	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvorschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B					
2.4	Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B					
2.5	Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch bei der versorgten Person?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B					
2.6	Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?	ja	nein	t. n. z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Aufbauorganisation Personal

3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich geregelt?	ja	nein	t. n. z.	E.
	<small>B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T32/B</small>				
b.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
c.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
d.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
e.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
f.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/T33/B</small>				
g.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<small>Info</small>		ja	nein	E.
3.2	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3	Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:	ja	nein
	<small>B</small>		
a.	Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>		
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>		
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>		
d.	Weiterbildung zur Leitungsqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>Info</small>	
3.4	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?
Stunden	

<small>Info</small>		ja	nein	E.
3.5	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit welchem Stundenumfang?				

Info		ja	nein	E.
3.6	Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
3.7	Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		
	B		
a.	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B		
b.	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Info						
3.8 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen-um- fang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpflegerinnen und Altenpfleger						
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger						
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger						
Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger						
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer						
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer						
Medizinische Fachangestellte und Medizinischer Fachangestellter						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
Betreuung						
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter						

4. Ablauforganisation

4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?	ja	nein	E.	
	<small>M/B</small>			<input type="checkbox"/>	
a.	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.2	Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	ja	nein	E.	
	<small>B</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	ja	nein	t. n. z.	E.
	<small>M/B</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?	ja	nein	E.	
	<small>M/B</small>			<input type="checkbox"/>	
a.	dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.5	Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor?	ja	nein	E.	
	<small>M/B</small>			<input type="checkbox"/>	
a.	Datum der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern zu versorgten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
c.	Angabe der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.6	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	ja	nein	E.	
	<small>M/T34/B</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Qualitätsmanagement

M/B		ja	nein		E.
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	Nicht geprüft	E.
5.2	Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				<input type="checkbox"/>
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B		ja	nein		E.
5.3	Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?				<input type="checkbox"/>
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die seit mehr als einer Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T31/B		ja	nein		E.
5.4	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t. n. z.	E.
5.5 Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>				
a. Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
b. zeitliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
c. inhaltliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
d. Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
e. Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
f. Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
g. Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein		E.
5.6 Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein		E.
5.7 Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	ja	nein		E.
5.8 Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

6. Hygiene

6.1	Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?	ja	nein		E.
	M/B				<input type="checkbox"/>
a.	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
d.	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?	ja	nein	t. n. z.	E.
	M/B				<input type="checkbox"/>
a.	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
d.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
e.	Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.3	Stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?	ja	nein		E.
	M/B				<input type="checkbox"/>
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	ja	nein		E.
	M/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

7. Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

7.1 Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst bei spezieller Krankenbeobachtung

M/Info					
7.1.1 Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung					
	Gesamt	davon			
		in der eigenen Häuslichkeit	in einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit)	in betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit)	Sonstige Wohnformen
Versorgte Personen mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie					

M/Info				
7.1.2 Nach Angabe des ambulanten Pflegedienstes Anzahl versorgter Personen mit:				
	nichtinvasiver Beatmung (Maske)	invasiver Beatmung	Tracheostoma (ohne Beatmung)	Sonstigem
Anzahl Personen < 18 Jahre				
Anzahl Personen ab 18 Jahre				

M/B	
7.1.3 Verfügt der Pflegedienst über eine ausreichende Anzahl von verantwortlichen Pflegefachkräften bzw. Fachbereichsleitungen?	
Anzahl verantwortliche Pflegefachkräfte bzw. Fachbereichsleitungen	

t. n. z.

7.2 Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung

	ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.1 Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
a. Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b. 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- /Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre 6. sind die Voraussetzungen nach 3. oder 5. gegeben: Zusatzqualifikation (mind. 200 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ / „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>				
7.2.2 Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen die Stellvertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
7.2.3 Die für die Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft ist Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.4 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
a. Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b. 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 6. Zusatzqualifikation (mind. 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>				
c. Neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung sind zum Zeitpunkt der erstmaligen Übernahme der eigenverantwortlichen fachpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.5 Die Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei nichtbeatmeten versorgten Personen durchführen, sind Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>	
7.3.1	Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
7.3.2	Ist die pflegfachliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
a.	Regelung liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t.n.z.</small>	<small>E.</small>
b.	Regelung umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4 Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.4.1	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	zeitliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	inhaltliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	E.
7.4.2	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.4.3	Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.4.4	Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der im Bereich der Versorgung von beatmungspflichtigen Personen tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an einer spezifischen Fortbildung teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person (Prozess- und Ergebnisqualität)

8. Allgemeine Angaben

M/Info						
8.1		Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen		

M/Info						ja	nein
8.2 Angaben zur versorgten Person							
a.		Name					
b.		Pflegekasse <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/>					
c.		Geburtsdatum					
d.		Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst					
e.		Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes					
f.		Pflegegrad					
		<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
g.		Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.		Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Leistungen nach § 37 SGB V				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.		Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.		Die Versorgung erfolgt in					
		<input type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen					
k.		Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigter oder Bevollmächtigter)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
8.3	Orientierung und Kommunikation		
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>	
8.4	Anwesende Personen
a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters
d.	sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)

9. Behandlungspflege

Nr.	Vorbelegung	Prüffrage
9.1	t. n. z.	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?
9.2	t. n. z.	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?
9.3	t. n. z.	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?
9.4	t. n. z.	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?
9.5	t. n. z.	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
9.6	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
9.7	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
9.8	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
9.9	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
9.10	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarm-ausräumung) sachgerecht umgegangen?
9.11	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
9.12	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
9.13	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
9.14	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
9.15	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
9.16	t. n. z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
9.17	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
9.18	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
9.19	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
9.20	t. n. z.	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
9.21	t. n. z.	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
9.22	t. n. z.	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?

9.23	t. n. z.	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
9.24	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
9.25	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
9.26	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
9.27	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
9.28	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?
9.29	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
9.30	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
9.31	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
9.32	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
9.33	t. n. z.	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?

<small>M/T25/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.1	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.2	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personensachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.3	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.4	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.5	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.6	Wird mit Blasenpülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T21/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.7	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T22/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.8	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.9	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.10	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.11	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
9.12	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.13	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.14	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T19/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.16	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T20/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.17	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.18	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T23/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.19	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.20	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.21	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/Info					nein
9.22	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?				<input type="checkbox"/>
ja:					
akute Schmerzen		<input type="checkbox"/>			
chronische Schmerzen		<input type="checkbox"/>			
Von:					
Gutachterin oder Gutachter beurteilt		<input type="checkbox"/>			
Pflegedienst übernommen		<input type="checkbox"/>			
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.23	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

t. n. z.

M/Info

9.26 Beschreibung vorliegender Wunden

1. Hinterkopf
 2. Ohrmuschel
 3. Schulterblatt
 4. Schulter
 5. Brustbein
 6. Ellenbogen
 7. Sakralbereich
 8. Großer Rollhügel
 9. Gesäß
 10. Knie außen
 11. Kniekehle
 12. Knie innen
 13. Knöchel außen
 14. Fersen
 15. Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>		extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/ Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>				
Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>		extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/ Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>				

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

M/Info	
9.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

t. n. z.

M/B	
9.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?

ja nein t. n. z. E.

M/T18/B	
9.29	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

ja nein t. n. z. E.

M/B	
9.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?

ja nein t. n. z. E.

M/B	
9.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?

ja nein t. n. z. E.

M/T24/B	
9.32	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?

ja nein t. n. z. E.

M/B	
9.33	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?

ja nein t. n. z. E.

M/B	
9.34	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?

ja nein t. n. z. E.

M/B	
9.35	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?

ja nein t. n. z. E.

		ja	nein	t. n. z.	E.
9.36	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<small>M/B</small>				
a.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>				
b.	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>				
c.	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>				
d.	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>				
e.	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>				
f.	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

Nr.	Vorbelegung	Prüffrage
10.16	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
10.17	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
10.18	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
10.19	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
10.20	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
10.21	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
10.22	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
10.23	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
10.24	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
10.25	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
10.26	t. n. z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
10.27	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
10.28	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
10.29	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
10.30	t. n. z.	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
10.31	t. n. z.	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
10.33	t. n. z.	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
10.34	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
10.35	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
10.36	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
10.37	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
10.38	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?
10.39	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
10.40	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
10.41	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
10.42	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
10.43	t. n. z.	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?

M/Info		ja	nein	t. n. z.
10.1	Besteht eine Kooperation			<input type="checkbox"/>
a	mit einem Beatmungs-/Weaningzentrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b	mit einem Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	mit einer oder einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Ärztin oder Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/Info		ja	t. n. z.	
10.2	Welcher Beatmungszugang liegt vor?			<input type="checkbox"/>
a.	nichtinvasive Beatmung mit Nasenmaske	<input type="checkbox"/>		
b.	nichtinvasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske	<input type="checkbox"/>		
c.	nichtinvasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske	<input type="checkbox"/>		
d.	nichtinvasive Beatmung mit Mundstück	<input type="checkbox"/>		
e.	invasive Beatmung mit Trachealkanüle	<input type="checkbox"/>		
f.	Sonstige	<input type="checkbox"/>		

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.3	Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.4	Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen über eine entsprechende Zusatzqualifikation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.6	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle die Ärztin oder der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person eine oder ein in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder erfahrener Arzt, das Beatmungs-/Weaningzentrum oder ein Krankenhaus informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T25/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.8	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.9	Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.11	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.12	Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.13	Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.14	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.15	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.16	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T21/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.17	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T22/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.18	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.19	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.20	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.21	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.22	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.23	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.24	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.25	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T19/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.26	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T20/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.27	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.28	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T23/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.29	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.30	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.31	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/Info		nein			
10.32	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>			
	ja:				
	akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>			
	chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>			
	Von:				
	Gutachterin oder Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>			
	Pflegedienst übernommen	<input type="checkbox"/>			
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.33	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.34	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.35	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info

10.36 Beschreibung vorliegender Wunden

- 1. Hinterkopf
- 2. Ohrmuschel
- 3. Schulterblatt
- 4. Schulter
- 5. Brustbein
- 6. Ellenbogen
- 7. Sakralbereich
- 8. Großer Rollhügel
- 9. Gesäß
- 10. Knie außen
- 11. Kniekehle
- 12. Knie innen
- 13. Knöchel außen
- 14. Ferse
- 15. Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
b.	Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Kategorie/Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>			
Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
b.	Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Kategorie/Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>			

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

M/Info	
10.37	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

t. n. z.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.38	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T18/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.39	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.40	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.41	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T24/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.42	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.43	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.44	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.45	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.46	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.47	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.48	Wenn ausnahmsweise vorübergehend neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 7.2.4c. bei beatmeten Personen eingesetzt werden:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation in einem Pflorgeteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Einsatz über max. sechs Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

11. Mobilität

<small>M/Info</small>	
11.1	Versorgte Person angetroffen
a.	<input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung		
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten		(inklusive Paresen, Kontrakturen)
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten		
c.	Lageveränderung im Bett		
d.	Aufstehen		
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen		
f.	Stehen		
g.	Gehen		

<small>M/T14/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
11.3	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.4	Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von:		
	Gutachterin oder Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>	
	Pflegedienst übernommen		<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
11.5	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegerinnen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von:		
	Gutachterin oder Gutachter erhoben	<input type="checkbox"/>	
	Pflegedienst übernommen		<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
11.7	Werden versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T12/B		ja	nein	t. n. z.	E.
11.8	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T13/B		ja	nein	t. n. z.	E.
11.9	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum			
	kg			
		k. A. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>
b. Aktuelle Größe	cm			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)				
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info				
12.2 Die Person ist versorgt mit:				
		Beschreibung		
a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)			
b. <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c. <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem				

t. n. z.

M/Info		ja	nein
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:			
	Gutachterin oder Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>	
	Pflegedienst übernommen		<input type="checkbox"/>

M/Info		ja	nein
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:			
	Gutachterin oder Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>	
	Pflegedienst übernommen		<input type="checkbox"/>

M/T6/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.5	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T5/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.6	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T4/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.7	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T9/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T8/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.9	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T7/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T3/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.11	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ausscheidung

M/Info	
13.1 Die Person ist versorgt mit:	
	t. n. z. <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> Offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info		ja	nein
13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:			
Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>			
Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>			

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
13.3 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T10/B		ja	nein	t. n. z.	E.
13.4 Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T11/B		ja	nein	t. n. z.	E.
13.5 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Umgang mit Demenz

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
14.1	Werden versorgte Personen /Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T15/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
14.2	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T16/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
14.3	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

M/Info	
15.2 Mundzustand/Zähne	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T1/B				
15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/T2/B				
15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/T17/B				
15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/B			
15.6 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

		M/B			
15.7	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

16. Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info		ja	nein	
16.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Freitext:</i>				
M/Info			t. n. z.	
16.1.2	Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum		<input type="checkbox"/>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum:				
<i>Freitext:</i>				
M/Info				
16.1.3	Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?			
<input type="checkbox"/>	keine			
<i>Freitext:</i>				
M/Info				
16.1.4	Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?			
<input type="checkbox"/>	keine			
<i>Freitext:</i>				
M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Leistung gar nicht erbracht			
<input type="checkbox"/>	Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein			
<input type="checkbox"/>	Fehlende Handzeichen			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, <i>welche:</i>			
<i>Freitext:</i>				

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.6	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse missachtet				
<input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht				
<input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet				
<input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen unterlaufen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

M/Info		t. n. z.
16.1.7	Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
<i>Freitext:</i>		

M/Info	
16.1.8	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

M/Info	
16.1.9	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/> keine	
<i>Freitext:</i>	

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.10	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht				
<input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht				
<input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht				
<input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein				
<input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein				
<input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.11	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
Freitext:				

M/Info		t. n. z.
16.1.12	Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
Freitext:		

M/Info	
16.1.13	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/> keine	
Freitext:	

M/Info	
16.1.14	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/> keine	
Freitext:	

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.15	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht <input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
Freitext:				

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.16	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht				
<input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

M/Info									
16.2.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?									
<input type="checkbox"/> keine									
Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
1	<input type="checkbox"/>	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	verordnet						
			genehmigt						
2	<input type="checkbox"/>	Ausscheidungen	verordnet	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toilettentraining					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toilettentraining					
3	<input type="checkbox"/>	Ernährung	verordnet	<input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> Sondennahrung, Verabreichen von					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> Sondennahrung, Verabreichen von					

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
4	<input type="checkbox"/>	Körperpflege	verordnet	<input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen <input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese <input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe <input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen <input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese <input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe					

				An- und/oder Aus- <input type="checkbox"/> kleiden					
5	<input type="checkbox"/>	Hauswirtschaftliche Versorgung	verordnet						
			genehmigt						
6	<input type="checkbox"/>	Absaugen	verordnet	<input type="checkbox"/> Obere Luftwege <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Obere Luftwege <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
7	<input type="checkbox"/>	Anleitung bei der Behandlungspflege	verordnet						
			genehmigt						
8	<input type="checkbox"/>	Beatmungsgerät, Bedienung/ Überwachung	verordnet						
			genehmigt						
9	<input type="checkbox"/>	Blasenspülung	verordnet						
			genehmigt						
10	<input type="checkbox"/>	Blutdruckmessung	verordnet						
			genehmigt						

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ		
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis	
11	<input type="checkbox"/>	Blutzuckermes- sung	verordnet							
			genehmigt							
12	<input type="checkbox"/>	Positionswechsel zur Dekubitusbe- handlung	verordnet							
			genehmigt							
13	<input type="checkbox"/>	Drainagen, Über- prüfen, Versorgen	verordnet							
			genehmigt							
14	<input type="checkbox"/>	Einlauf/Klisis- tier/Klysma und di- gitale Enddarm- ausräumung	verordnet							
			genehmigt							
15	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeits-bilan- zierung	verordnet							
			genehmigt							
16	<input type="checkbox"/>	Infusionen, i.v.	verordnet							
			genehmigt							
16a	<input type="checkbox"/>	Infusionen, s.c.	verordnet							
			genehmigt							
17	<input type="checkbox"/>	Inhalation	verordnet							
			genehmigt							
18	<input type="checkbox"/>	Injektionen	verordnet	<input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c.						
			genehmigt		<input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c.					
19	<input type="checkbox"/>	Injektionen, Rich- ten von	verordnet							
			genehmigt							
20	<input type="checkbox"/>	Instillation	verordnet							
			genehmigt							
21	<input type="checkbox"/>	Kälteträger, Aufle- gen von	verordnet							
			genehmigt							
22	<input type="checkbox"/>	Katheter, Versor- gung eines supra- pubischen	verordnet							
			genehmigt							
23	<input type="checkbox"/>	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	verordnet							
					genehmigt					
24	<input type="checkbox"/>	Krankenbeobach- tung, spezielle	verordnet							
					genehmigt					

Po s LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
25	<input type="checkbox"/>	Magensonde, Le- gen und Wechseln	verordnet genehmigt						
26	<input type="checkbox"/>	Medikamenten- gabe (außer Injek- tionen, Infusionen, Instillationen, In- halationen)	verordnet genehmigt	<input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen					
26a	<input type="checkbox"/>	Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diag- nose	verordnet genehmigt						
27	<input type="checkbox"/>	Perkutane endo- skopische Gast- rostomie (PEG), Versorgung bei	verordnet genehmigt						
27a	<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Krankenpflege	verordnet genehmigt	<input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln <input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln					
28	<input type="checkbox"/>	Stomabehandlung	verordnet genehmigt						
29	<input type="checkbox"/>	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	verordnet genehmigt						
30	<input type="checkbox"/>	Venenkatheter, Pflege des zentra- len	verordnet genehmigt						

Po s LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
31	<input type="checkbox"/>	Wundversorgung einer akuten Wunde	verordnet						
			genehmigt						
31a	<input type="checkbox"/>	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilen- den Wunde	verordnet						
			genehmigt						
31b	<input type="checkbox"/>	An- und Ausziehen von ärztlich ver- ordneten Kom- pressionsstrümp- fen/-strumpfhosen der Kompressions- klassen I bis IV Anlegen oder Ab- nehmen eines Kompressionsver- bandes	verordnet						
			genehmigt						
31c	<input type="checkbox"/>	An- und Ablegen von stützenden und stabilisieren- den Verbänden zur unterstützen- den Funktionssi- cherung der Ge- lenke z. B. bei Dis- torsion, Kontusion, Erguss	verordnet						
			genehmigt						
Freitext:									

M/Info	
16.2.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maß- nahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
Freitext:	

t. n. z.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.2.3	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten be- handlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungs- zeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Leistung gar nicht erbracht			
<input type="checkbox"/>	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht			
<input type="checkbox"/>	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht			

<input type="checkbox"/>	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
<input type="checkbox"/>	Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein
<input type="checkbox"/>	Fehlende Handzeichen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, <i>welche</i> :
<i>Freitext:</i>	

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.2.4	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Abrechnungsausschlüsse missachtet			
<input type="checkbox"/>	Leistung nicht vollständig erbracht			
<input type="checkbox"/>	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet			
<input type="checkbox"/>	Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet			
<input type="checkbox"/>	Qualifikationsanforderungen unterlaufen			
<input type="checkbox"/>	Leistung war nicht erforderlich			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, <i>welche</i> :			
<i>Freitext:</i>				

M/Info		t. n. z.		
16.2.5	Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>		
Geprüfter Abrechnungszeitraum:				
<i>Freitext:</i>				

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.2.6	Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/>	Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht			
<input type="checkbox"/>	Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht			
<input type="checkbox"/>	Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht			
<input type="checkbox"/>	Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht			
<input type="checkbox"/>	Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht			
<input type="checkbox"/>	Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht			
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, <i>welche</i> :			
<i>Freitext:</i>				

16.3 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

<small>M/Info</small>	
16.3.1	Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung
<i>Freitext:</i>	

17. Sonstiges

(Freitext)

M/B		immer	häufig	geleg.	nie	k. A.
18.13	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info		ja	nein	k. A.	
18.14	Haben Sie Anregungen / Beschwerden / Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche:					

QPR – Teil 1a Ambulante Pflegedienste

Anlage 2

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in ambulanten Pflegediensten

18.12.2019

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in ambulanten Pflegediensten

Allgemeine Hinweise

Die Kriterien jeder Frage sind jeweils mit „ja“ zu beantworten, wenn diese in allen Bereichen vollständig erfüllt sind.

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Kriterien ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten, mit „ja“ zu beantworten und im Freitext zu erläutern. Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des ambulanten Pflegedienstes, da sie bei der versorgten Person keine Auswirkungen haben.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Die Anleitungstexte zu den Prüfkriterien sind in zwei Bereiche unterteilt:

- Ausfüllanleitung
Hierbei handelt es sich um die exakte Wiedergabe der Ausfüllanleitungen aus den Transparenzvereinbarungen.
- Erläuterungen zu Prüffragen
Hierbei handelt es sich um handlungsleitende Hilfestellungen.

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung

- ja
- nein
- t. n. z. = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe

- MA = Mitarbeiterin oder Mitarbeiter
- PFK = Pflegefachkraft

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

<small>M/Info</small>	
1.1	Auftragsnummer:

Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe Anlage 3 zu Teil 1a QPR Ambulante Pflegedienste.

M/Info		
1.2	Daten zum Pflegedienst	
a.	Name	
b.	Straße	
c.	PLZ / Ort	
d.	Institutions- kennzeichen (IK)	1.
		2.
		3.
		4.
e.	Telefon	
f.	Fax	
g.	E-Mail	
h.	Internet-Adresse	
i.	Träger / Inhaber	
j.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband	
l.	Datum Abschluss Ver- sorgungsvertrag	
m.	Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	
n.	Verantw. PFK Name	
o.	Stellv. verantw. PFK Name	
p.	ggf. vorhandene Zweig- stellen / Filialen	
q.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
r.	Anzeigepflichtiger Leis- tungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	<input type="checkbox"/> ja
s.	Name der Ansprech- partnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
t.	E-Mail der Ansprech- partnerin oder des Ansprechpartners für	

	die DCS	
u.	Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
v.	Faxnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
w.	Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erläuterung zur Prüffrage 1.2:

Trägerart

- privat = private Trägerschaft mit gewerblichem Charakter (ggf. Zugehörigkeit zu privatem Trägerverband wie ABVP, VDAB, bpa o.ä.).
- freigemeinnützig = freigemeinnützige Trägerschaft (i.d.R. Zugehörigkeit zu einem Wohlfahrtsverband wie AWO, Caritas, Der Paritätische, DRK, Diakonie, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland - ZWSt; Rechtsform überwiegend e.V., Stiftung oder gemeinnützige GmbH).
- öffentlich = Trägerschaft der Kommune oder des Landes.
- nicht zu ermitteln = Trägerart ist nicht zu ermitteln.

Institutionskennzeichen (IK)

Das Institutionskennzeichen ist von der Einrichtung zu erfragen. Es muss mindestens ein Institutionskennzeichen enthalten sein (Pflichtfeld). Es kann sein, dass weitere Institutionskennzeichen vergeben worden sind (optional, wenn vorhanden).

Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung

Hier ist anzugeben, seit wann die Pflegeeinrichtung unter dem jetzigen Träger besteht.

Zertifizierung

Nach Möglichkeit sollte das Zertifizierungsunternehmen im Freitext benannt werden.

Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V

Ob ein anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V vorliegt, ergibt sich aus dem Prüfauftrag oder aus Hinweisen des Pflegedienstes.

Leistungserbringung der speziellen Krankenbeobachtung

Wenn üblicherweise Personen mit Leistungen der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP- Richtlinie versorgt werden, zum Zeitpunkt der Prüfung allerdings eine entsprechende Versorgung nicht stattfindet (z. B. auf Grund eines Krankenhausaufenthaltes), ist dennoch die Struktur- und Prozessqualität in Kapitel 7 zu prüfen.

M/Info			
1.3 Daten zur Prüfung			
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek	
b. Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst	
c. Datum			
	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	
d. Uhrzeit			
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
e. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Pflegedienstes			
f. Prüfende Gutachterin oder prüfender Gutachter			
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen		
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner des MDK/PKV-Prüfdienstes	Name		
	E-Mailadresse		

Erläuterung zur Prüffrage 1.3:

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und -zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnern der Pflegeeinrichtung, Prüfern des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes und weiteren an der Prüfung beteiligten Personen. „An der Prüfung Beteiligte“ ist anzukreuzen, wenn die genannten Institutionen ganz oder teilweise beteiligt sind. Die Informationen zu Frage 1.3h werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

<small>M/Info</small>	
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI TT.MM.JJJJ
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben

<small>M/Info</small>					
1.5 Versorgungssituation					
	Gesamt	davon			
		Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

Erläuterung zur Prüffrage 1.5:

In der Spalte „Gesamt“ sind alle vom ambulanten Pflegedienst versorgten Personen, unabhängig vom Kostenträger (SGB XI, SGB V, Sonstige), zu erfassen.

Die Tabelle im Erhebungsbogen soll eine Übersicht über die Versorgungssituation des Pflegedienstes ermöglichen. Die hier gesammelten Informationen sind bei der Bewertung weiterer Fragen zu berücksichtigen.

M/Info	
1.6	Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit:
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonde
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	Multiresistenten Erregern

Erläuterung zur Prüffrage 1.6:

Die Tabelle gibt Hinweise über die Anzahl versorgter Personen mit besonderen Pflegesituationen.

M/Info	
1.7	Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:
a.	Ziffer 6 Absaugen
b.	Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
c.	Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
d.	Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
e.	Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
f.	Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Erläuterung zur Prüffrage 1.7:

In Abgrenzung zur Prüffrage 1.6 gibt die Tabelle Hinweise über die versorgten Personen gemäß HKP-Richtlinie.

M/Info		ja	nein
1.8	Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?			

Erläuterung zur Prüffrage 1.8:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein pflegefachlicher Schwerpunkt vertraglich vereinbart wurde (z. B. Versorgungsvertrag).

„Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs.4 SGB XI) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“ (§ 72 Abs. 1 SGB XI)

Pflegefachliche Schwerpunkte können z. B. sein: Pflege demenzkranker Personen, Pflege aidskranker Personen, Pflege beatmungspflichtiger Personen, spezielle Krankenbeobachtung, Pflege von Personen im Wachkoma, pädiatrische Pflege.

1.9	Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?	ja	nein	t. n. z.	E.
	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
d.	vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 1.9:

Bei der Beantwortung der Frage sind die vertraglich vereinbarten Grundlagen zu berücksichtigen (z. B. Versorgungsvertrag). „T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn die Frage 1.8 mit „nein“ beantwortet wurde.

M/Info		ja	nein
1.10	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?		
a.	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen		
b.	<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen		
c.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
d.	<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung		
e.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft		
f.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst		

Erläuterung zur Prüffrage 1.10:

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem Auftrag gebenden ambulanten Pflegedienst bestehen. Mit der Frage soll erfasst werden, ob die genannten Leistungsbereiche ganz oder teilweise durch externe Leistungserbringer (Outsourcing) erbracht werden. Die Kooperationspartner sind im Freitext zu benennen. Die teilweise Einbeziehung von z. B. Ernährungs- oder Wundberaterinnen oder Ernährungs- oder Wundberatern ist hier nicht zu erfassen.

2. Allgemeine Angaben

		ja	nein	t. n. z.	E.
2.1	Räumliche Ausstattung:				<input type="checkbox"/>
<small>B</small>					
a.	Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
c.	Wohnungsschlüssel der versorgten Personen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der versorgten Personen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	E.
<small>M/T27/B</small>				
2.2	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 2.2:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden (z. B. durch Aufbewahrung von Kundenakten in abschließbaren Schränken, bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für die zugriffsberechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.

		ja	nein	E.
<small>M/T26/B</small>				
2.3	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvorschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 2.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst nachweisen kann, dass er regelhaft Kostenvorschläge vor Abschluss eines Pflegevertrages erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvorschlagsmuster, Pflegevertragsmuster sofern die Kostenvorschläge Bestandteil des Vertragsangebots umfassen oder andere geeignete Nachweise, wie z. B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss den pflegebedürftigen Menschen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt.

Entscheidend für den Kostenvorschlag ist nicht der Leistungsbeginn, sondern der Vertragsabschluss.

		ja	nein	E.
<small>B</small>				
2.4	Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- nach Aussage des Pflegedienstes Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen werden und
- ein Mustervertrag vorgelegt werden kann und
- anhand eines konkreten Beispiels der Abschluss eines den Anforderungen nach § 120 SGB XI genügenden Pflegevertrages nachgewiesen wird.

		ja	nein	E.
<small>B</small>				
2.5	Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch bei der versorgten Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn im Pflegedienst eine Regelung zur Durchführung des Erstbesuchs getroffen wurde, in der die wesentlichen Anforderungen des SGB XI berücksichtigt werden. Dabei sind landesrechtliche Regelungen zu beachten.

		B	ja	nein	t. n. z.	E.
2.6	Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.6:

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- laut Einsatz- oder Tourenplan erfahrene Pflegefachkräfte mit spezifischen Kenntnissen zu den Krankheits- und Behinderungsbildern und besonderer Beratungskompetenz die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen sowie
- die Durchführung dokumentieren.

3. Aufbauorganisation Personal

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindlich geregelt?				<input type="checkbox"/>
<small>B</small>				
a. Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/T32/B</small>				
b. Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
c. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>				
d. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
e. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
f. Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T33/B</small>				
g. Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiterin und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausfüllanleitung zu 3.1.b:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die verantwortliche Pflegefachkraft vorliegt und mit der Festlegung der Verantwortungsbereiche entsprechend der jeweils gültigen Vereinbarung nach § 113 SGB XI übereinstimmt.

Erläuterung zu den Prüffragen 3.1d-f:

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn keine Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer oder angelernten Kräfte vom Pflegedienst beschäftigt werden.

Ausfüllanleitung zu 3.1.g:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn in einer Stellenbeschreibung oder vergleichbaren Regelung die Aufgaben und Verantwortungsbereiche, hier insbesondere im Verhältnis zu den Pflegefachkräften, der in der Hauswirtschaft eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geregelt sind.

	ja	nein	E.
<small>Info</small>			
3.2 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		
<small>B</small>		
a. Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>		
b. ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>		
c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>		
d. Weiterbildung zur Leitungsqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.3:

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit „ja“ zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst, ob die unter a. – d. genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

Wenn der ambulante Pflegedienst mindestens eine Person versorgt, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie erhält, ist zusätzlich zu dieser Frage die Frage 7.2.1 oder 7.2.3 in Kapitel 7 zu beantworten.

Info	
3.4	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?
Stunden	

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft gibt Hinweise darüber, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann.

Info		ja	nein	E.
3.5	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mit welchem Stundenumfang?			

Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

Der Umfang des Einsatzes der verantwortlichen Pflegefachkraft in der direkten Pflege gibt Hinweise darüber, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann.

Info		ja	nein	E.
3.6	Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Info		ja	nein
3.7	Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		
	B		
a.	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B		
b.	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.7:

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit „ja“ zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK bzw. PKV-Prüfdienst, ob die genannten Kriterien a. und b. vorliegen, und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

Info						
3.8 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	
Geeignete Kräfte:						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpflegerinnen und Altenpfleger						
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger						
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger						
Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger						
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer						
Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer						
Medizinische Fachangestellte und Medizinischer Fachangestellter						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
Betreuung						
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter						

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten. Nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Liste aufzunehmen, die in der Pflegeeinrichtung direkt beschäftigt sind. Mitarbeiter externer Leistungserbringer bleiben in der Tabelle unberücksichtigt, deren Anzahl ist im Freitext aufzuführen.

Die Tabelle im Erhebungsbogen gibt einen Überblick über die Personalzusammensetzung. In den Spalten Voll-/Teilzeit und geringfügig Beschäftigte ist die Gesamtanzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter der jeweiligen Qualifikation aufzuführen. In der Kopfzeile für Vollzeit ist anzugeben, wie viele Stunden in der Pflegeeinrichtung auf Basis der dort geltenden tarifvertraglichen oder sonstigen Regelungen als Vollzeit gelten. In der letzten Spalte werden die einzelnen Angaben addiert und der gesamte Stellenumfang aufgeführt.

Die Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Pflegeeinrichtung. Sie sind bei der Prüfung der Kriterien in Kapitel 4 Ablauforganisation zugrunde zu legen. Festgestellte Auffälligkeiten sind zu benennen.

Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % möglichst nicht überschreiten. (§ 18 Abs. 2 Satz 2 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 Abs. 5 SGB XI ambulante Pflege.)

Stellt die Prüferin oder der Prüfer Diskrepanzen zwischen den Angaben des Pflegedienstes und seinen eigenen Feststellungen fest, ist dies im Freitext anzugeben.

4. Ablauforganisation

		ja	nein	E.
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?			<input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	E.
4.2	Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B				

Erläuterung zur Prüffrage 4.2:

Bei der Beantwortung der Frage, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Leitungsaufgaben hat, sind auch landesrechtliche Regelungen zu beachten. Als Hintergrundinformationen dienen die Fragen 3.4 und 3.5.

Wenn die verantwortliche Pflegefachkraft nach Auffassung der Prüferin oder des Prüfers nicht ausreichend Zeit für ihre Aufgaben hat, ist dies im Freitext zu begründen.

		ja	nein	t. n. z.	E.
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B					

Erläuterung zur Prüffrage 4.3:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen, z. B. im Rahmen der praktischen Anleitung, dokumentiert sind. Dies gilt für Mitarbeiter mit einer Qualifikation unterhalb einer einjährigen Ausbildung als Altenpflegehelfer / Krankenpflegehelfer.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn keine Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung beschäftigt sind.

4.4	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
	M/B			
a.	dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.5	Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
	M/B			
a.	Datum der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
b.	tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern zu versorgten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
c.	Angabe der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T34/B			
4.6	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 4.6:

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

5. Qualitätsmanagement

M/B		ja	nein	E.
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

Nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011 führt der Träger des ambulanten Pflegedienstes auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene des ambulanten Pflegedienstes.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der ambulante Pflegedienst nachvollziehbar (z. B. durch Stellenbeschreibung, Organigramm) die Verantwortung für das Qualitätsmanagement des ambulanten Pflegedienstes der Leitungsebene (z. B. Pflegedienstleitung, der Leitung unterstellte Stabsstelle) zugeordnet hat und diese Verantwortung von dieser Person nachvollziehbar wahrgenommen wird (z. B. Festlegung/Freigabe von Zielen, Prozessen).

		ja	nein	Nicht geprüft	E.
5.2	Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.2:

Mit dieser Frage wird die Einrichtung vor Ort in ihrer Professionalität gestärkt.

In die Prüfung werden exemplarisch zwei der o. a. Expertenstandards einbezogen. Die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Expertenstandards erfolgt durch den Prüfer nach dem Zufallsprinzip. Die nicht einbezogenen Expertenstandards werden mit „nicht geprüft“ gekennzeichnet.

Die Frage ist jeweils mit „ja“ zu beantworten, wenn aus Dokumenten des internen Qualitätsmanagements zweifelsfrei erkennbar ist, dass die Implementierung des Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des DNQP erfolgt ist (beispielsweise ist aus Unterlagen erkennbar, dass standardspezifische Fortbildungen durchgeführt wurden und es liegen Protokolle von Arbeitsgruppensitzungen zur Anpassung des Standards an die Bedingungen im ambulanten Pflegedienst vor).

Auch wenn die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege keine direkte gesetzlich definierte Verbindlichkeit nach § 113a SGB XI für die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen entfalten, können die Expertenstandards dennoch als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ gewertet werden, die bei juristischen Auseinandersetzungen als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse herangezogen werden. Demgegenüber sind Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege nach § 113a SGB XI für zugelassene Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

5.3	Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?	ja	nein	E.
	M/B			<input type="checkbox"/>
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die seit mehr als einer Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 5.3:

Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich. Bei der Erstellung der Handzeichenliste ist darauf zu achten, dass jedes Handzeichen eindeutig einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter zugeordnet werden kann.

5.4	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	ja	nein	E.
	M/T31/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 5.4:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn ein prospektiver Fortbildungsplan in schriftlicher Form vorliegt und gleichzeitig eine Regelung dokumentiert wurde, die die Einbeziehung aller in der Grund- und/oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Fortbildungen vorsieht.

Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn die Feststellung dokumentiert wurde, dass eine Fortbildung für den Planungszeitraum für bestimmte Mitarbeiter nicht erforderlich ist, z. B. weil sie auf dem aktuellen Stand des Wissens sind oder aufgrund einer un stetigen Beschäftigung oder einer längeren Abwesenheit.

5.5	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?	ja	nein	t. n. z.	E.
	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	zeitliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	inhaltliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.5:

Wenn der ambulante Pflegedienst mindestens eine Person versorgt, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie erhält, ist „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 7.4.1 für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zu beantworten.

Erläuterung zur Prüffrage 5.5g:

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn ein geeignetes Konzept vorliegt aber bisher nicht angewandt werden konnte, weil seit Vorliegen des Konzeptes keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingestellt wurden.

M/T29/B		ja	nein	E.
5.6	Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 5.6:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst belegen kann, dass Schulungen in Erster Hilfe und zum Verhalten bei Notfallmaßnahmen in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt wurden.

Bei einer Stichprobe von 10 % der Mitarbeitenden, die mindestens 1 Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind, werden Nachweise eingesehen.

M/T28/B		ja	nein	E.
5.7	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 5.7:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine schriftliche Regelung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit Notfällen bei pflegebedürftigen Kunden besteht (z. B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen der pflegebedürftige Mensch nicht öffnet).

MT30/B		ja	nein	E.
5.8	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 5.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Verfahrensanweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden besteht.

6. Hygiene

		ja	nein	E.
6.1	Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?			<input type="checkbox"/>
M/B				
a.	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.1:

Die innerbetrieblichen Verfahrensweisen/der Hygieneplan müssen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt sein und mindestens Angaben enthalten über die Händedesinfektion, das Tragen von Schutzkleidung, den Umgang mit Schmutzwäsche sowie die Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten. Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Standards/Richtlinien festgelegt werden.

Erläuterung zur Prüffrage 6.1c:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Nachweise zur regelmäßigen Überprüfung vorliegen, z. B. Protokolle.

Erläuterung zur Prüffrage 6.1d:

Nachprüfbar sind die Kriterien der Frage z. B. durch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern abgezeichnete Dienstanweisungen, und/oder durch Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter per Zufallsauswahl.

		ja	nein	t. n. z.	E.
6.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?				<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
e.	Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.2:

Bei den Qualitätsprüfungen ist nach § 114 Abs. 2 SGB XI auch zu prüfen, ob die Versorgung der Personen nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention entspricht. Bei den in der Prüffrage genannten Empfehlungen handelt es sich um solche, die in der ambulanten Pflege relevant sind.

		ja	nein	E.
6.3	Stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?			<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.3:

Zur Beantwortung dieser Frage ist zu überprüfen, ob in der Pflegeeinrichtung entsprechende Arbeitshilfen vorrätig sind, außerdem sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zu befragen. Die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI sind zu berücksichtigen.

		ja	nein	E.
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				

Erläuterung zur Prüffrage 6.4:

Die Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hat für Pflegeeinrichtungen den „Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA“ erarbeitet. Insbesondere die folgenden in dieser Empfehlung enthaltenen Anforderungen sollten in den schriftlichen Regelungen des ambulanten Pflegedienstes beachtet werden:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes sind über Hygiene und Vorsichtsmaßnahmen zu informieren und ggf. zu schulen.
- Versorgte Personen und ihre Angehörigen sind über Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen zu informieren.
- MRSA-Patientinnen und -Patienten sind möglichst zum Schluss einer Pflegetour zu versorgen, um Kreuzkontaminationen zu vermeiden.
- Hygienemaßnahmen, z. B. Händehygiene, Tragen von Schutzkitteln, Mundschutz, Einmalhandschuhen bei Grund- und Behandlungspflege sowie bei Kontakt mit kontaminiertem Material/Sekret sind strikt einzuhalten.
- Pflegeutensilien sind vor Ort zu belassen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- die vorliegenden Regelungen die aufgelisteten Empfehlungen berücksichtigen und
- nachweislich Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgeführt werden.

7. Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

Kapitel 7 ist auszufüllen, wenn der ambulante Pflegedienst mindestens eine Person versorgt, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie erhält, bei der mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

7.1 Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst bei spezieller Krankenbeobachtung

<small>M/Info</small>					
7.1.1 Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung					
	Gesamt	davon			
		in der eigenen Häuslichkeit	in einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit)	in betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit)	Sonstige Wohnformen
Versorgte Personen mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie					

Erläuterung zur Prüffrage 7.1.1:

Die Anzahl der vom geprüften ambulanten Pflegedienst versorgten Personen in der jeweiligen Wohnform (Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen) ist anzugeben. Auch wenn in einer Wohngemeinschaft mehrere ambulante Pflegedienste tätig sind, sind nur die vom geprüften ambulanten Pflegedienst versorgten Personen anzugeben.

<small>M/Info</small>				
7.1.2 Nach Angabe des ambulanten Pflegedienstes Anzahl versorgter Personen mit:				
	nichtinvasiver Beatmung (Maske)	invasiver Beatmung	Tracheostoma (ohne Beatmung)	Sonstigem
Anzahl versorgte Personen < 18 Jahre				
Anzahl versorgte Personen ab 18 Jahre				

<small>M/B</small>	
7.1.3 Verfügt der Pflegedienst über eine ausreichende Anzahl von verantwortlichen Pflegefachkräften bzw. Fachbereichsleitungen?	
Anzahl verantwortliche Pflegefachkräften bzw. Fachbereichsleitungen	

t. n. z.

Erläuterung zur Prüffrage 7.1.3:

Wenn die unter 7.2.1 genannte verantwortliche Pflegefachkraft die dort genannten Anforderungen erfüllt, ist der Stellenumfang dieser Person hier zu berücksichtigen.

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 10, Fußnote kann als Orientierungswert in der 24-Stunden-Pflege unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten ein Verhältnis von 1:12, wie es in aktuellen Leitlinien enthalten ist, herangezogen werden.

„T.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn der Pflegedienst keine beatmeten Personen versorgt.

7.2 Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.1	Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
b.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- /Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre 6. sind die Voraussetzungen nach 3. oder 5. gegeben: Zusatzqualifikation (mind. 200 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ / „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 7.2.1:

Mit verantwortlicher Pflegefachkraft ist hier auch die verantwortliche pflegerische Leitung gemeint, dies kann auch die Fachbereichsleitung sein.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn der Pflegedienst keine beatmeten Personen versorgt.

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.1a:

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 15 sind Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht gemeint.

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.1b:

Die Rahmenfrist nach 3. und 5. von fünf Jahren verlängert sich gemäß den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs.1 SGB V, § 4 Abs. 6 um Zeiten, in denen die verantwortliche Pflegefachkraft

- a) wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
- b) als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,

höchstens jedoch auf acht Jahre mit der Maßgabe, dass mindestens ein Jahr der Berufserfahrung innerhalb der letzten vier Jahre nachgewiesen werden kann.

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 7 kann die Zusatzqualifikation unter bestimmten Bedingungen vollständig altersspezifisch als auch vollständig generalistisch erfolgen.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.2	Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen die Stellvertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.2:

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 9 sind in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung von bis zu sechs Monaten bei der Stellvertretung die Anforderungen der Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten Personen vornehmen, zu erfüllen. Ab dem siebten Monat der Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft sind die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung zu erfüllen.

Eine vorübergehende Verhinderung umfasst jede Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft oder Fachbereichsleitung für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen, unabhängig von der Dauer der Abwesenheit, z. B. Krankheit, Urlaub.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn der Pflegedienst keine beatmungspflichtigen Personen versorgt oder wenn die verantwortliche Pflegefachkraft für die Versorgung beatmungspflichtiger Personen vorübergehend nicht verhindert ist.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.3	Die für die Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft ist Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 7.2.3.

Mit verantwortlicher Pflegefachkraft ist hier auch die verantwortliche pflegerische Leitung gemeint, dies kann auch die Fachbereichsleitung sein.

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 15 sind Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht gemeint.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn der ambulante Pflegedienst mindestens eine beatmungspflichtige Person versorgt.

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.4	Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
b.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahren oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 6. Zusatzqualifikation (mind. 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
c.	Neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung sind zum Zeitpunkt der erstmaligen Übernahme der eigenverantwortlichen fachpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 7.2.4:

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn der Pflegedienst keine beatmeten Personen versorgt.

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.4a:

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4, Abs. 15 sind Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht gemeint.

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.4b:

Anforderung an neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung und ohne Zusatzqualifikationen sind nicht unter 7.2.4b, sondern unter 7.2.4c zu prüfen.

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.4c:

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 13 hat der Pflegedienst für alle neu eingestellten sowie für alle bereits beschäftigten Pflegefachkräfte mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung, die nicht über eine Zusatzqualifikation verfügen, die Berufserfahrung (siehe Anforderungen Prüffrage 7.2.4b. Nr. 3 und 5) auf Anforderung entsprechend nachzuweisen. Sofern diese nicht gegeben ist, hat der Pflegedienst die betreffenden Pflegefachkräfte mit der Aufnahme der intensivpflegerischen Betreuung zur Zusatzqualifikation (siehe 7.2.3b, Nr. 6) anzumelden und deren Abschluss innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn keine entsprechenden Personen eingesetzt werden.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.5	Die Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei nichtbeatmeten versorgten Personen durchführen, sind Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.5:

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4, Abs. 15 sind Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht gemeint.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn der Pflegedienst keine beatmeten Personen mit spezieller Krankenbeobachtung versorgt.

7.3 Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

M/B		ja	nein	E.
7.3.1	Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.3.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine Übernahmeplanung für die Koordination mit verschiedenen Einsatzgruppen (z. B. Krankenhaus, Ärztin oder Arzt, Pflegeteam, Geräteprovider, Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter / Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, ggf. Therapeutinnen oder Therapeuten, ggf. Kostenträger) sowie eine Planung zur Ausstattung der pflegerischen Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst bei Übernahme einer versorgten Person aus der klinischen (Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Beatmungs-/ Weaningzentrum) in die häusliche Versorgung (in die eigene Häuslichkeit / Wohngemeinschaft oder betreutes Wohnen) vorliegt.

Für das Übernahmemanagement wird der Einsatz von Entlassungs-Ausstattungs-Checklisten empfohlen. Die Checklisten sollten folgende Minimalanforderungen umfassen:

- technische Ausstattung der Beatmung und der Überwachung inkl. Zubehör
- personelle Standards der Überwachung (Anwesenheitszeiten der Pflege)
- Zeitrahmen und Inhalte der Pflegemaßnahmen
- Art des Beatmungszugangs, Reinigungs- und Wechselintervalle
- Beatmungsmodus unter Angabe der Parameter: Eingestellte SOLL Parameter, Beatmungsmesswerte (IST Werte), Alarmgrenzen
- Beatmungsdauer bzw. Dauer möglicher Spontanatmungsphasen
- Sauerstoffflussrate während Beatmung und Spontanatmung
- Maßnahmen zum Sekretmanagement
- Applikation von inhalativen Medikamenten
- Bedarfsplanung der Ernährung
- psychosoziale Betreuung der versorgten Person und ggf. der Angehörigen
- weitere therapeutische und pädagogische Maßnahmen
- weitere Hilfsmittel: (z. B. Rollator, Toilettensitzerhöhung, Pflege-Bett, Kommunikationshilfe, Verbrauchsmaterial, Kontinenz-Artikel, Wundmanagement)

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
7.3.2	Ist die pflegfachliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?				<input type="checkbox"/>
a.	Regelung liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Regelung umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 7.3.2a:

Übernahme umfasst sowohl die Erstaufnahme sowie die weiteren Übernahmen nach Aufhalten im Krankenhaus/ Reha- Einrichtungen/Beatmungs-/ Weaningzentrum.

Es muss geregelt sein, dass insbesondere in den ersten zwei Wochen nach Übernahme der versorgten Person und nach Aufhalten im Krankenhaus / Reha- Einrichtungen / Beatmungs-/ Weaningzentrum mehrfach Begleitungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen von Pflegevisiten durch die verantwortliche Pflegefachkraft / Fachbereichsleitung erfolgen. Im weiteren Verlauf sind die Intervalle risikobezogen, individuell festzulegen. Der Schweregrad der jeweiligen Erkrankung sowie der Gesundheitszustand sind dabei zu berücksichtigen.

Erläuterung zur Prüffrage 7.3.2b:

Die Umsetzung dieser Regelung ist an Hand von zwei versorgten Personen in den letzten 12 Monaten vor der Prüfung zu prüfen.

„T.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn kein Anwendungsfall nach Buchstabe a vorlag.

7.4 Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.4.1	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<input type="checkbox"/>
	M/B				
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	zeitliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	inhaltliche Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.1 e.:

In dem Konzept muss dargelegt sein, dass die Einarbeitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die unterschiedlichen Qualifikationen und Wissensstände (siehe 7.2.4) berücksichtigt.

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.1 g.:

„T.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn ein geeignetes Konzept vorliegt, aber bisher nicht angewandt werden konnte, weil seit Vorliegen des Konzeptes keine Mitarbeiter eingestellt wurden.

		ja	nein	E.
7.4.2	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M/B			

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.2:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn geeignete schriftliche Regelungen für Mitarbeiter im Bereich der speziellen Krankenbeobachtung zum Umgang mit medizinischen Notfällen (vor allem zu Trachealkanülenzwischenfällen, Beatmungszwischenfällen) und zum Umgang mit nichtmedizinischen Notfällen (vor allem Stromausfall, Brand, Wasserschäden, Gerätedefekte) verbindlich festgelegt und diese den dort eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt sind.

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.4.3	Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M/B				

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.3:

Die Prüffrage bezieht sich auf Beatmungsgeräte und Infusionsgeräte.

Die Prüffrage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Verfahrensanweisungen / Regelungen existieren, welche sicherstellen, dass das eingesetzte Personal an den jeweiligen Geräten darin eingewiesen ist.

Die Prüffrage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn keine Beatmungsgeräte oder Infusionsgeräte verwendet werden.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
7.4.4	Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der im Bereich der Versorgung von beatmungspflichtigen Personen tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an einer spezifischen Fortbildung teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.4.:

Die Prüffrage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im vergangenen Kalenderjahr an einer Fortbildungsveranstaltung mit den unten genannten Themengebieten teilgenommen haben. Der Nachweis erfolgt über Teilnahmebescheinigungen.

Laut den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 14 sollen die Fortbildungsmaßnahmen die besonderen Belange der Versorgung von beatmungspflichtigen Versicherten ausreichend berücksichtigen. Dazu zählen insbesondere die folgenden Themengebiete:

- spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes,
- Pflege des Tracheostomas, Kanülenwechsel,
- Sekretmanagement,
- Beatmungsgeräte und Therapieformen,
- Umgang mit enteraler und parenteraler Ernährung,
- Umgang mit Inhalations- und Absauggeräten,
- Wirkung/Nebenwirkung von Medikamenten,
- Bewertung von Vitalparametern (bspw. Herz-Kreislauf-Monitoring),
- notwendige Interventionen, bspw. bei Stoffwechsellage, Atmungs- und Kreislaufversagen,
- Einleitung, Durchführung von Notfallmaßnahmen,
- spezielle Hygienemaßnahmen.

Die Fortbildungsverpflichtung entfällt für jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Kalenderjahre, in der die Zusatzqualifikation (200 Zeitstunden bzw. 120 Zeitstunden) erworben wird.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn der Pflegedienst keine beatmeten Personen versorgt.

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person (Prozess- und Ergebnisqualität)

Allgemeine Hinweise:

Für die Prüfung der auf die versorgte Person bezogenen Kriterien sollten im Regelfall die Pflegedokumentationsunterlagen mindestens der letzten vier Wochen herangezogen werden. Der Rückverfolgungszeitraum von sechs Monaten ist nur in begründeten Einzelfällen zu überschreiten.

8. Allgemeine Angaben

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:					
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info					
8.2 Angaben zur versorgten Person					
a. Name					
b. Pflegekasse <input type="checkbox"/>					
Krankenkasse <input type="checkbox"/>					
c. Geburtsdatum					
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst					
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes					
f. Pflegegrad					
<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ja nein

g.	Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2-5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leistungen nach § 37 SGB V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Die Versorgung erfolgt in		
	<input type="checkbox"/> der eigenen Häuslichkeit		
	<input type="checkbox"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit)		
	<input type="checkbox"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit)		
	<input type="checkbox"/> sonstigen Wohnformen		
k.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.2d:

Sofern der Pflegedienst Leistungen nach SGB XI und SGB V erbringt, ist der Beginn der Versorgung nach SGB XI einzutragen.

Erläuterung zur Prüffrage 8.2f:

„Kein Pflegegrad“ bzw. „Pflegegrad 1“ kann nur bei versicherten Personen mit Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V bzw. Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI angekreuzt werden.

Erläuterung zur Prüffrage 8.2g:

Wenn bei versicherten Personen mit Leistungsbezug nach dem SGB XI (ausgenommen Leistungsbezug nach § 28a Abs. 2 SGB XI) die Frage mit „ja“ beantwortet wird, ist das Kapitel 14 zu bearbeiten.

M/Info		ja	nein
8.3	Orientierung und Kommunikation		
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info	
8.4	Anwesende Personen
a.	Name der Gutachterin oder des Gutachters
b.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes
c.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters
d.	sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)

Erläuterung zu Prüffrage 8.4c: Der Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters wird im Prüfbericht pseudonymisiert.

Erläuterung zu Prüffrage 8.4d: Für die sonstigen Personen sind keine Namen anzugeben.

9. Behandlungspflege

Die Fragen zur Behandlungspflege werden nur bearbeitet, wenn die entsprechenden behandlungspflegerischen Maßnahmen ärztlich verordnet wurden. Wenn eine Verordnung der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie vorliegt, wird statt des Kapitels 9 das Kapitel 10 geprüft.

Der ambulante Pflegedienst kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann dies nicht dem ambulanten Pflegedienst angelastet werden.

Die Fragen zur Behandlungspflege beziehen sich auf das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Anlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung).

Grundsätzlich sind bei den Fragen zu den behandlungspflegerischen Maßnahmen immer folgende Aspekte zu bewerten:

- gezielte Sammlung von Informationen, die für die Durchführung der Maßnahmen erforderlich sind
- Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens
- Auswertung der Nachweise und ggf. Information an die Ärztin oder den Arzt
- Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang

Die Fragen sind jeweils mit „ja“ zu beantworten, wenn alle oben genannten Anforderungen erfüllt sind. Bei den Transparenzkriterien zu konkreten behandlungspflegerischen Maßnahmen (Fragen 9.1, 9.7, 9.8, 9.16, 9.17, 9.19, 9.29, 9.32) sind die vereinbarten Ausfüllanleitungen maßgeblich.

Spezifische Kriterien zur Palliativversorgung (Nr. 24a HKP-Richtlinie) sowie zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (Nr. 27a der HKP-Richtlinie) wurden hier nicht berücksichtigt, und werden ggf. zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die vorgelegten Antworten der Prüffragen des Kapitels 9 Behandlungspflege:

Nr.	Vorbelegung	Prüffrage
9.1	t. n. z.	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?
9.2	t. n. z.	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?
9.3	t. n. z.	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?
9.4	t. n. z.	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?
9.5	t. n. z.	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
9.6	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
9.7	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
9.8	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, aus-

		gewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
9.9	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
9.10	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
9.11	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
9.12	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
9.13	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
9.14	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
9.15	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
9.16	t. n. z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
9.17	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
9.18	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
9.19	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
9.20	t. n. z.	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
9.21	t. n. z.	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
9.22	t. n. z.	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?
9.23	t. n. z.	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
9.24	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
9.25	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
9.26	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
9.27	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
9.28	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?
9.29	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
9.30	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
9.31	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?

9.32	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
9.33	t. n. z.	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?

M/T25/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.1	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 9.1:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Patienten über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der Ärztin oder dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt zur Folge haben.

Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn:

- keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder
- der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.2	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.2:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen atraumatisch erfolgt (Händedesinfektion, Verwendung steriler Absaugkatheter, Absaugen mit keimarmen Einmalhandschuhen, Absaugen mit offenen Absaugsystemen bei Beatmung mit sterilen Einmalhandschuhen)
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
- nachvollziehbar ist, dass das Absauggerät entsprechend der Herstellervorgaben desinfiziert wird.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.3	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

- die Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z. B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen Erkrankungen,
- die Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes und
- ggf. der Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O₂-Zellen) gemäß Herstellerangaben durchgeführt werden.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.4	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- ein manueller Beatmungsbeutel (Ambubeutel) einschließlich einer Maske in greifbarer Nähe vorhanden ist,
- ein externer Akku für ein Beatmungsgerät bei einer lebenserhaltenden Beatmung und bei Personen, die sich die Maske nicht selbst entfernen können, vorhanden ist. Wenn die Spontanatmungsfähigkeit zeitlich stark reduziert ist (tägliche Beatmungszeiten > 16 Stunden), ist ein externer Akku erforderlich,
- ein zweites Beatmungsgerät vorhanden ist. Die Indikation für ein zweites Beatmungsgerät ist gegeben, wenn die tägliche Beatmungsdauer mehr als 16 Stunden beträgt. In Ausnahmefällen kann auch schon früher ein zweites Beatmungsgerät notwendig sein, z. B. bei mobilen Personen mit Verwendung des Beatmungsgerätes am Rollstuhl. Die Beatmungsgeräte sollen identisch sein,
- bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung mindestens eine Reservemaske in gleicher Größe vorhanden ist,
- bei invasiv beatmeten Personen ein zweites Absauggerät vorhanden ist. Bei invasiv beatmeten Personen ist in der Regel ein leistungsstarkes Absauggerät erforderlich. Ein Ersatzgerät ist notwendig. Ein Gerät sollte netzunabhängig betrieben werden können, um bei Stromausfall oder Mobilität die Absaugung zu gewährleisten.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.5	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.5:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht entsprechend dem Standard/Leitlinien/Richtlinien des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt wurden.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.6	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.6:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- eine gezielte Informationssammlung nachzuvollziehen ist
- die Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens entsprechend erfolgt
- hygienische Grundsätze berücksichtigt werden
- Nachweise ausgewertet und Informationen an die Ärztin oder den Arzt nachzuvollziehen sind
- sich die Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang darstellt.

Diese Frage kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst die Ärztin oder den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

M/T21/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.7	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 9.7:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht.

Wenn die Verordnung der Ärztin oder des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich die Ärztin oder der Arzt.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T22/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.8	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 8.7:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen zieht.

Wenn die Verordnung der Ärztin oder des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich die Ärztin oder der Arzt.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.9	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.8:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde
- die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
- nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit der Pflegemitarbeiterin oder dem Pflegemitarbeiter.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.10	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.11	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.12	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.13	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.14	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T19/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.16	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 9.16:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat. Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.

Wenn die Applikationsform in der Pflegedokumentation nicht angegeben ist, dann ist regelhaft davon auszugehen, dass die Applikation oral erfolgt.

Es ist zu überprüfen, ob für alle verordneten Medikamente eine ärztliche Verordnung vorliegt. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, muss aus der Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung gegeben wurde.

Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T20/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.17	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 9.17

Sofern eine Bedarfsmedikation verordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung und in welcher Applikationsform zu verabreichen ist, sofern die Tageshöchstdosierung von Ärztin oder Arzt jeweils festgelegt wurde.

Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, muss aus der Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung gegeben wurde.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.18	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T23/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.19	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 9.19:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Injektionen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, in der Pflegedokumentation dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder den Arzt informiert hat. Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.

Es ist zu überprüfen, ob für alle verabreichten Injektionen eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.20	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.20:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.21	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.21:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter. Hinweise zur sachgerechten Durchführung einer subkutanen Infusion ergeben sich aus der Grundsatzstellungahme Essen und Trinken im Alter (MDS 2014).

M/Info		nein
9.22	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>
ja:		
akute Schmerzen		<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen		<input type="checkbox"/>
Von:		
Gutachterin oder Gutachter beurteilt		<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen		<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.22:

Hier nimmt die Prüferin oder der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für akute oder chronische Schmerzen bestehen. Grundsätzlich gilt: Selbsteinschätzung geht vor Fremdeinschätzung. Es ist zu überprüfen, ob bei der versorgten Person akute oder chronische Schmerzen bestehen.

„Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt

eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u.a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz.“ (DNQP, 2011)¹

Unter chronischem Schmerz ist ein andauernder oder intermittierender Schmerz jedweder Genese zu verstehen. (DNQP, 2015)²

Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit der versorgten Person ggf. unter zu Hilfenahme z. B. der numerischen Rangskala oder visuellen Analogskala, bei Kindern z. B. der Wong-Baker-Skala bzw. bei akuten Schmerzen durch ein initiales Assessment ermittelt werden.

„Ja“ ist auch dann anzukreuzen, wenn die versorgte Person keine Schmerzen angibt, aus der Pflegedokumentation jedoch zu entnehmen ist, dass regelhaft Medikamente gegen Schmerzen verabreicht werden.

Hat die versorgte Person Schmerzen und erhält keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie, ist die Frage 9.23 mit „t. n. z.“ zu kreuzen. Das pflegerische Schmerzmanagement ist im Freitext unter 9.22 zu beschreiben.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.23	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.23:

Die Frage bezieht sich auf Medikamentengaben, Injektionen, Richten von Injektionen und das Auflegen von Kälteträgern im Zusammenhang mit Schmerzen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine systematische Schmerzeinschätzung in einer Befragung der versorgten Person zu folgenden Inhalten erfolgte:

- Schmerzlokalisierung
- Schmerzintensität
- Zeitliche Dimension (z. B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus)
- Verstärkende und lindernde Faktoren
- ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.

Bei versorgten Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung bzw. Angaben der Pflegepersonen /Angehörigen.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.24:

Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle und umgekehrt.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die folgenden Aspekte zum Umgang mit der Trachealkanüle beachtet werden und in der Pflegedokumentation nachvollziehbar dokumentiert sind:

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage

¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1 Aktualisierung. Osnabrück

² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück

- Angaben zur Art der Tracheostomaanlage
- Angaben zum Kanülentyp und zur Kanülengröße
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
- Angaben dazu, wer den Kanülenwechsel durchführt
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und dokumentiert werden.

Zusätzlich zur erforderlichen Reservekanüle in gleicher Größe muss stets eine kleinere Kanüle vorliegen und im Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Kanüle) das Offenhalten des Stomas gewährleistet sein (z. B. mittels Tracheospreizer).

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

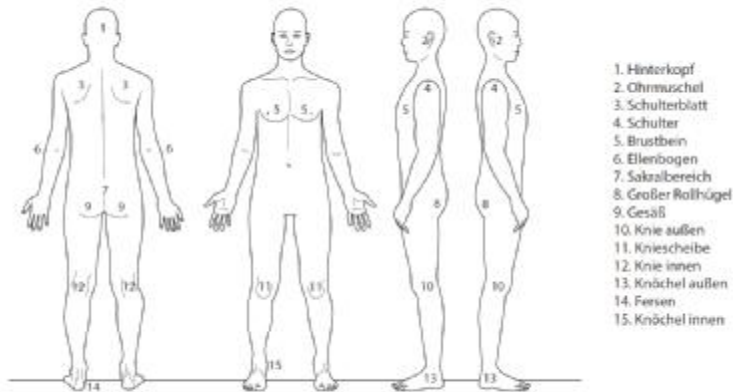
Erläuterung zur Prüffrage 9.25:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung die Ärztin oder der Arzt informiert und Infusion abgestellt werden

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit der Pflegemitarbeiterin oder dem Pflegemitarbeiter.

M/Info
9.26 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	Zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/ Stadium	I	II	III	IV	a	b
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j.	Geruch	kein	übel riechend				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	Zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/ Stadium	I	II	III	IV	a	b
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

j.	Geruch	kein	übel riechend	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 9.26:

9.26d ist nur bei Dekubitalulcera auszufüllen. Dabei ist die nachfolgende Kategorie-/Stadieneinteilung nach EPUAP und NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014) anzuwenden.

Kategorie/Stadium I - Nicht wegdrückbares Erythem: Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden.

Kategorie/Stadium II - Teilverlust der Haut: Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.

Kategorie/Stadium III - Vollständiger Verlust der Haut: Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

Kategorie/Stadium IV - Vollständiger Gewebeverlust: Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

a: Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar – Tiefe unbekannt: Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.

b: Vermutete tiefe Gewebeschädigung – Tiefe unbekannt: Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

M/Info		t. n. z.
9.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input type="checkbox"/>
a.	Wunde 1	
b.	Wunde 2	
c.	Wunde 3	

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.28:

Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, wann der Dekubitus oder die chronische Wunde entstanden ist und an welchem Ort sich die versorgte Person zum Entstehungszeitpunkt aufgehalten hat.

M/T18/B		ja	nein	t.n.z	E.
9.29	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 9.29:

Es ist zu überprüfen, ob die Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt, und dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der aktuelle Stand des Wissens ist berücksichtigt, wenn

- *die Prinzipien der lokalen Druckentlastung bzw. der Kompression umgesetzt werden,*
- *die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.*

Dieses Kriterium wird auch als erfüllt bewertet, wenn der Pflegedienst den die Ärztin oder den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T24/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.32	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 9.32:

Kompressionsstrümpfe/-verbände sind sachgerecht angelegt, wenn

- a) das Anlegen im Liegen bei entstaute Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt ist,
- b) der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wurde,
- c) der Kompressionsverband beim Anlegen faltenfrei ist.

Das Kriterium ist auch erfüllt,

- d) wenn der Kompressionsverband/-strumpf zum Zeitpunkt der Prüfung sachgerecht angelegt ist
- e) oder die Prüferin oder der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.

Ist der Kompressionsstrumpf/-verband nicht sachgerecht oder nicht angelegt, klärt die Prüferin oder der Prüfer die Gründe hierfür (Pflegedokumentation, Befragung des pflegebedürftigen Menschen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) - c) erfolgt, weil der pflegebedürftige Mensch dies wünscht und der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.33	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.33:

Die Maßnahme nach Ziffer 26a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst die Sanierung/Eradikation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:

- Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels
- Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung
- Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen
- In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren in besonders gelagerten Ausnahmefällen, in denen ausnahmsweise der regelhaft gegebene Anspruch auf Erbringung dieser Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben ist. Die Voraussetzungen des § 6 Absatz 5 der Richtlinie werden abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.

Bei der Frage ist insbesondere zu bewerten, ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut bei der Umsetzung der Maßnahme beachtet werden. Hierbei sind insbesondere die Hinweise zur Basishygiene sowie zur Bekämpfung unter III.1 sowie weitergehende Hinweise zu beachten.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.34	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.34:

Die Frage ist nur bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V oder mit einem Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI zu beantworten, andernfalls ist „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 15.6 in Kapitel 15 zu beantworten.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- die eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder
- für eingesetzte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B. Fortbildung, Anleitung) vorliegt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.35	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.35:

Die Frage ist nur bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V oder mit einem Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI zu beantworten, andernfalls ist „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 15.7 in Kapitel 15 zu beantworten.

Die Frage bezieht sich auf akute Ereignisse, in denen pflegefachliches Handeln erforderlich ist, wie z. B. Kranken- und Verhaltensbeobachtung nach Stürzen oder bei anhaltender Diarrhö. Diese Handlungsmaßnahmen gehen ggf. über die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt hinaus bzw. finden im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit dem der Ärztin oder dem Arzt statt (siehe 9.1).

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.36	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 9.36:

Die Frage ist nur bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V oder mit einem Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI zu beantworten, andernfalls ist „t. n. z.“ anzukreuzen.

Eine Risikoeinschätzung des ambulanten Pflegedienstes ist nicht Gegenstand der Bewertung. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Gegenstand aller behandlungspflegerischen Maßnahmen. Die Prüferin oder der Prüfer soll die Fragen jeweils bewerten, wenn nach seiner fachlichen Einschätzung Probleme zu den aufgelisteten Themenfeldern vorliegen.

Die Fragen sind mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die eventuelle Ablehnung der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ anzukreuzen, wenn aus Sicht der Prüferin oder des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

10. Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

Wenn eine Verordnung der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie vorliegt, wird das Kapitel 10 und nicht Kapitel 9 geprüft.

Der ambulante Pflegedienst kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann dies nicht dem Leistungserbringer angelastet werden.

Die Fragen zur Behandlungspflege beziehen sich auf das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Anlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung).

Grundsätzlich sind bei den Fragen zu den behandlungspflegerischen Maßnahmen immer folgende Aspekte zu bewerten:

- gezielte Sammlung von Informationen, die für die Durchführung der Maßnahmen erforderlich sind
- Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens
- Auswertung der Nachweise und ggf. Information an die Ärztin oder den Arzt
- Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang

Die Fragen sind jeweils mit „ja“ zu beantworten, wenn alle oben genannten Anforderungen erfüllt sind. Bei den Transparenzkriterien zu konkreten behandlungspflegerischen Maßnahmen (Fragen 10.8, 10.17, 10.18, 10.26, 10.27, 10.29, 10.39, 10.42) sind die vereinbarten Ausfüllanleitungen maßgeblich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt einen Teil der vorbelegten Antworten der Prüffragen des Kapitels 10. Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung:

Nr.	Vorbelegung	Prüffrage
10.16	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
10.17	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
10.18	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
10.19	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
10.20	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
10.21	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
10.22	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
10.23	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
10.24	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
10.25	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
10.26	t. n. z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
10.27	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
10.28	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
10.29	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der die Ärztin oder der Arzt informiert?
10.30	t. n. z.	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
10.31	t. n. z.	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
10.33	t. n. z.	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?

10.34	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
10.35	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
10.36	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
10.37	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
10.38	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?
10.39	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
10.40	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
10.41	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
10.42	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
10.43	t. n. z.	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?

M/Info		ja	nein	t. n. z.
10.1	Besteht eine Kooperation			<input type="checkbox"/>
a.	mit einem Beatmungs-/ Weaningzentrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	mit einem Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	mit einer oder einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Ärztin oder Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 10.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der ambulante Pflegedienst einen Kooperationsvertrag mit einem Beatmungs-/ Weaningzentrum, einem Krankenhaus oder mit einer oder einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenem Ärztin oder Arzt, z. B. einer Fachärztin oder einem Facharzt in Pulmologie, Anästhesie, Pädiatrie, Neurologie oder mit der Zusatzqualifikation in Intensivmedizin abgeschlossen hat und die versorgte Person hinsichtlich Beatmungseinstellungen, Kontrollen, Optimierung der Beatmungstherapie sowie Notfällen von diesen betreut wird.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn die versorgte Person nicht beatmet wird.

M/Info		ja	t. n. z.
10.2	Welcher Beatmungszugang liegt vor?		<input type="checkbox"/>
a.	nichtinvasive Beatmung mit Nasenmaske	<input type="checkbox"/>	
b.	nichtinvasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske	<input type="checkbox"/>	
c.	nichtinvasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske	<input type="checkbox"/>	
d.	nichtinvasive Beatmung mit Mundstück	<input type="checkbox"/>	
e.	invasive Beatmung mit Trachealkanüle	<input type="checkbox"/>	
f.	Sonstige	<input type="checkbox"/>	

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.3	Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.3:

Unter der eigenen Häuslichkeit ist die eigene Wohnung einschließlich des betreuten Wohnens zu verstehen. Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn in der eigenen Häuslichkeit jederzeit durch eine Pflegefachkraft eine 1:1 Versorgung gewährleistet ist.

Hier sind die Qualifikationen an die Pflegefachkräfte nach Prüffrage 7.2.5 zu berücksichtigen.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.4	Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.4:

Die Frage bezieht sich auf das Verhältnis von Pflegefachkräften (ggf. mit Zusatzqualifikationen) zu den versorgten Personen (z. B. 1:1 oder 1:2). Die Bewertung erfolgt stichprobenartig für mehrere Tage und verschiedene Dienstzeiten einschließlich des Nachtdienstes. Bewertungsmaßstab ist der für die in die Prüfung einbezogene Person geltende Vertrag zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der Krankenkasse.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn keine Vereinbarungen vertraglich festgehalten sind oder wenn die versorgte Person nicht in einer Wohngemeinschaft lebt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, über eine entsprechende Zusatzqualifikation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine der folgenden Qualifikationen vorliegt:

- Atmungstherapeutin oder Atmungstherapeut
- Fachgesundheits- und Krankenpflegerin oder Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege
- einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahren
- Fachgesundheits- und Krankenpflegerin oder Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie
- einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre
- Fortbildung (mindestens 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“.
- Die Frage ist auch mit „ja“ zu beantworten, wenn ausnahmsweise vorübergehend maximal eine neu eingesetzte Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 7.2.4b über maximal sechs Monate bei beatmeten Personen in einem Pflegeteam eingesetzt wird. In diesen Fällen wird die Prüffrage 10.48 bewertet.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.6	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle die Ärztin oder der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.6:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei einer klinischen Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt informiert wird, damit dieser das Dekanülierungspotential bewerten kann und das weitere Vorgehen festlegt. Dieser Aspekt ist ausschließlich hier zu beantworten.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person ein in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder erfahrener Arzt, das Beatmungs-/Weaningzentrum oder ein Krankenhaus informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.7:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei einer klinischen Verbesserung, insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungspotential schließen lassen bei der beatmeten Person eine oder ein in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder erfahrener Arzt, das Beatmungs-/Weaningzentrum oder ein Krankenhaus informiert wird, damit dort z. B. das Weaning- oder Dekanülierungspotential bewertet werden kann und das weitere Vorgehen festgelegt wird. Dieser Aspekt ist ausschließlich hier zu beantworten.

M/T25/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.8	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Personen über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der Ärztin oder dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt zur Folge haben.

Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn:

- keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder
- der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder das Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.9	Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.9:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- die erbrachte Leistung der ärztlichen Verordnung entspricht,
- die kontinuierliche Beobachtung, die ständige Interventionsbereitschaft, die Vitalzeichenkontrolle und deren Dokumentation durch eine Pflegefachkraft sichergestellt sind,
- die Schwellenwerte von Vitalparametern dokumentiert sind, bei denen weitere pflegerische bzw. behandlungsrelevante Interventionen erfolgen müssen,
- die Alarmgrenzen der ärztlich angeordneten transdermalen Sauerstoffsättigungsmessung korrekt sind,
- Verlaufskontrollen bzgl. der Vitalparameter und –funktionen (Puls, Temperatur, Haut und Schleimhäute) durchgeführt und dokumentiert werden,
- Verlaufskontrollen hinsichtlich Bewusstseinszustand, Beobachtung auf Ödeme, Schlafqualität (in Abhängigkeit der zugrundeliegenden Erkrankungen), O₂-Befeuchtung, Körpergewicht, Muskulatur, Bilanzierung durchgeführt und dokumentiert werden.

Die Durchführungen der ärztlichen Verordnung zur Blutdruck- und Blutzuckermessung werden nicht an dieser Stelle, sondern bei den Fragen 10.17 und 10.18 beantwortet.

		M/B	ja	nein	t. n. z.	E.
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.10:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

- die Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z. B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen Erkrankungen durchgeführt werden,
- die Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes nach Herstellerangaben und ggf. der Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O₂-Zellen) durchgeführt werden,
- die Beatmungsparameter und -messwerte mindestens 1 x pro Schicht dokumentiert sind und die Beatmungsparameter mit den Einstellungen am Beatmungsgerät übereinstimmen,
- die erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert sind und verwendet werden,
- die Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert und nach hygienischen Kautelen durchgeführt werden,
- Kontaktadressen von externen Supportunternehmen (Homecare – Unternehmen) in der Pflegedokumentation dokumentiert sind,
- die Überprüfung und Dokumentation der Einsatz- und Ersatzgeräte auf Funktion und Richtigkeit der aktuellen Beatmungsparameter durchgeführt werden,
- die Befeuchtung und Pflege der Mund- und Schleimhäute durchgeführt wird,
- eine Vermeidung von Druckstellen durch Tuben / Beatmungszugänge und ableitende Systeme stattfindet,
- nur nach ärztlicher Anordnung (oder unter klinischer Überwachung, z. B. in einem Beatmungs-/Weaningzentrum) Veränderungen am Beatmungssystem oder der Einstellung an den folgenden Bereichen vorgenommen werden: Beatmungsgerät, Beatmungszugang, Ausatemsystem, Sauerstoffapplikationssystem, -ort und -rate, Befeuchtungssystem, Beatmungsparameter.

		M/B	ja	nein	t. n. z.	E.
10.11	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.11:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- ein manueller Beatmungsbeutel (Ambubeutel) einschließlich einer Maske in greifbarer Nähe vorhanden ist,
- ein Akku für ein Beatmungsgerät bei einer lebenserhaltenden Beatmung und bei Personen, die sich die Maske nicht selbst entfernen können, vorhanden ist. Wenn die Spontanatmungsfähigkeit zeitlich stark reduziert ist (tägliche Beatmungszeiten > 16 Stunden), ist ein externer Akku erforderlich,
- ein zweites Beatmungsgerät vorhanden ist. Die Indikation für ein zweites Beatmungsgerät ist gegeben, wenn die tägliche Beatmungsdauer mehr als 16 Stunden beträgt. In Ausnahmefällen kann auch schon früher ein zweites Beatmungsgerät notwendig sein, z. B. bei mobilen Personen mit Verwendung des Beatmungsgerätes am Rollstuhl. Die Beatmungsgeräte sollen identisch sein,
- bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung mindestens eine Reservemaske in gleicher Größe vorhanden ist,
- bei invasiv beatmeten Personen ein zweites Absauggerät vorhanden ist. Bei invasiv beatmeten Personen ist in der Regel ein leistungsstarkes Absauggerät erforderlich. Ein Ersatzgerät ist notwendig. Ein Gerät sollte netzunabhängig betrieben werden können, um bei Stromausfall oder Mobilität die Absaugung zu gewährleisten.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.12	Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.12:

Die Frage bezieht sich auf versorgte Personen, die nicht beatmet werden oder auf beatmete Personen in Zeiträumen ohne Beatmung.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- eine nachvollziehbare Funktionsüberprüfung des Sauerstoffgerätes entsprechend der Herstellerangaben erfolgt und
- die Sauerstoffverabreichung – auch bei Bedarfsmedikation – der ärztlichen Anordnung entspricht.
- hygienische Grundsätze beachtet werden, z. B. Brillen-, Schlauch- und Befeuchtungswasserwechsel.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.13	Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.13:

Die Frage bezieht sich in der Regel auf die aktuell eingesetzten Pflegefachkräfte.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- die Einweisung der eingesetzten Pflegefachkräfte in die Handhabung der maschinellen Beatmungsgeräte dokumentiert ist,
- das Gerätehandbuch / die Bedienungsanleitung vor Ort ist.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.14	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.14:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn durch personelle, bauliche oder technische Ausstattung sichergestellt ist, dass jederzeit unmittelbar auf Alarmer und Notfallsituationen bei der versorgten Person reagiert werden kann.

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn die versorgte Person nicht in einer Wohngemeinschaft lebt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.15	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.15: Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen atraumatisch erfolgt (Händedesinfektion, Verwendung steriler Absaugkatheter, Absaugen mit keimarmen Einmalhandschuhen, Absaugen mit offenen Absaugsystemen bei Beatmung mit sterilen Einmalhandschuhen)
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
- nachvollziehbar ist, dass das Absauggerät entsprechend der Herstellervorgaben desinfiziert wird.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.16	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.16:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit der Pflegemitarbeiterin oder dem Pflegemitarbeiter.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- eine gezielte Informationssammlung nachzuvollziehen ist
- die Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens entsprechend erfolgt
- hygienische Grundsätze berücksichtigt werden
- Nachweise ausgewertet und Informationen an die Ärztin oder den Arzt nachzuvollziehen sind
- sich die Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang darstellt.

Diese Frage kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst die Ärztin oder den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

M/T21/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.17	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.17:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht.

Wenn die Verordnung der Ärztin oder des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich die Ärztin oder der Arzt.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T22/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.18	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.18:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen zieht.

Wenn die Verordnung der Ärztin oder des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich die Ärztin oder der Arzt.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.19	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.19:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde
- die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
- nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit der Pflegemitarbeiterin oder dem Pflegemitarbeiter.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.20	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.21	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.22	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.23	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.24	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.25	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T19/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.26	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.26:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat. Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.

Wenn die Applikationsform in der Pflegedokumentation nicht angegeben ist, dann ist regelhaft davon auszugehen, dass die Applikation oral erfolgt.

Es ist zu überprüfen, ob für alle verordneten Medikamente eine ärztliche Verordnung vorliegt. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, muss aus der Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung gegeben wurde.

Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T20/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.27	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.27

Sofern eine Bedarfsmedikation verordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung und in welcher Applikationsform zu verabreichen ist, sofern die Tageshöchstdosierung von Ärztin oder Arzt jeweils festgelegt wurde.

Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, muss aus der Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung gegeben wurde.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.28	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T23/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.29	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.29:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Injektionen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, in der Pflegedokumentation dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder den Arzt informiert hat. Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.

Es ist zu überprüfen, ob für alle verabreichten Injektionen eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.30	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.30:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit der Pflegemitarbeiterin oder dem Pflegemitarbeiter.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.31	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.31:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit der Pflegemitarbeiterin oder dem Pflegemitarbeiter. Hinweise zur sachgerechten Durchführung einer subkutanen Infusion ergeben sich aus der Grundsatzstellungahme Essen und Trinken im Alter (MDS 2014).

M/Info		nein
10.32	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>
ja:		
	akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>
	chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Von:		
	Gutachterin oder Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
	Pflegedienst übernommen	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.32:

Hier nimmt die Prüferin oder der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für akute oder chronische Schmerzen bestehen. Grundsätzlich gilt: Selbsteinschätzung geht vor Fremdeinschätzung. Es ist zu überprüfen, ob bei der versorgten Person akute oder chronische Schmerzen bestehen.

„Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u.a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz.“ (DNQP, 2011)³

Unter chronischem Schmerz ist ein andauernder oder intermittierender Schmerz jedweder Genese zu verstehen. (DNQP, 2015)⁴

Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit der versorgten Person ggf. unter zu Hilfenahme z. B. der numerischen Rangskala oder visuellen Analogskala, bei Kindern z. B. der Wong-Baker-Skala bzw. bei akuten Schmerzen durch ein initiales Assessment ermittelt werden.

„Ja“ ist auch dann anzukreuzen, wenn die versorgte Person keine Schmerzen angibt, aus der Pflegedokumentation jedoch zu entnehmen ist, dass regelhaft Medikamente gegen Schmerzen verabreicht werden.

Hat die versorgte Person Schmerzen und erhält keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie, ist die Frage 10.33 mit „t. n. z.“ zu kreuzen. Das pflegerische Schmerzmanagement ist im Freitext unter 10.32 zu beschreiben.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.33	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1 Aktualisierung. Osnabrück

⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück

Erläuterung zur Prüffrage 10.33:

Die Frage bezieht sich auf Medikamentengaben, Injektionen, Richten von Injektionen und das Auflegen von Kälteträgern im Zusammenhang mit Schmerzen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine systematische Schmerzeinschätzung in einer Befragung der versorgten Person zu folgenden Inhalten erfolgte:

- Schmerzlokalisierung
- Schmerzintensität
- Zeitliche Dimension (z. B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus)
- Verstärkende und lindernde Faktoren
- ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.

Bei versorgten Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung bzw. Angaben der Pflegepersonen /Angehörigen.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.34	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.34:

Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle und umgekehrt.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die folgenden Aspekte zum Umgang mit der Trachealkanüle beachtet werden und in der Pflegedokumentation nachvollziehbar dokumentiert sind:

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage
- Angaben zur Art der Tracheostomaanlage
- Angaben zum Kanülentyp und zur Kanülengröße
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
- Angaben dazu, wer den Kanülenwechsel durchführt
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und dokumentiert werden.

Zusätzlich zur erforderlichen Reservekanüle in gleicher Größe muss stets eine kleinere Kanüle vorliegen und im Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Kanüle) das Offenhalten des Stomas gewährleistet sein (z. B. mittels Tracheospreizer).

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.35	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

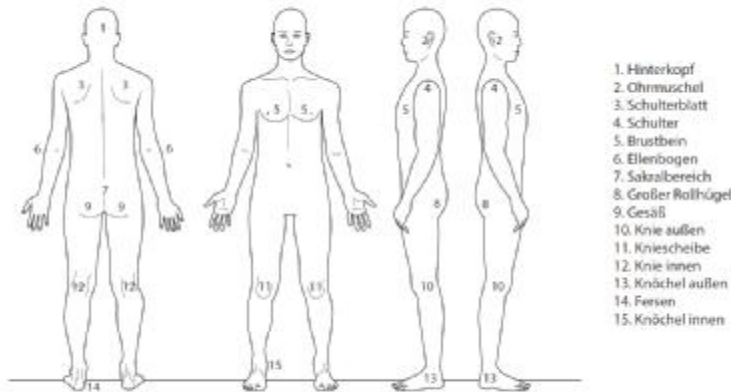
Erläuterung zur Prüffrage 10.35:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung die Ärztin oder der Arzt informiert und Infusion abgestellt werden

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit der Pflegemitarbeiterin oder dem Pflegemitarbeiter.

M/Info
10.36 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	Zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/ Stadium	I	II	III	IV	a	b
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j.	Geruch	kein	übel riechend				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	Zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/ Stadium	I	II	III	IV	a	b
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

j. Geruch	kein	übel riechend	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 10.36:

10.36d ist nur bei Dekubitalucera auszufüllen. Dabei ist die nachfolgende Kategorie-/Stadieneinteilung nach EPUAP und NPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel und National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009) anzuwenden.

Kategorie/Stadium I - Nicht wegdrückbares Erythem: Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden.

Kategorie/Stadium II - Teilverlust der Haut: Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.

Kategorie/Stadium III - Vollständiger Verlust der Haut: Vollständiger Gewebeerlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeerlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

Kategorie/Stadium IV - Vollständiger Gewebeerlust: Vollständiger Gewebeerlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

a: Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar – Tiefe unbekannt: Ein vollständiger Gewebeerlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.

b: Vermutete tiefe Gewebeschädigung – Tiefe unbekannt: Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

M/info	
10.37	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

t. n. z.

M/B	
10.38	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?

ja

nein

t. n. z.

E.

Erläuterung zur Prüffrage 10.38:

Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, wann der Dekubitus oder die chronische Wunde entstanden ist und an welchem Ort sich die versorgte Person zum Entstehungszeitpunkt aufgehalten hat.

M/T18/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.39	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.39:

Es ist zu überprüfen, ob die Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt, und dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der aktuelle Stand des Wissens ist berücksichtigt, wenn

- die Prinzipien der lokalen Druckentlastung bzw. der Kompression umgesetzt werden,
- die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.

Dieses Kriterium wird auch als erfüllt bewertet, wenn der Pflegedienst die Ärztin oder den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Ärztin oder der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.40	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.41	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T24/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.42	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.42:

Kompressionsstrümpfe/-verbände sind sachgerecht angelegt, wenn

- a) das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt ist,
- b) der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wurde,
- c) der Kompressionsverband beim Anlegen faltenfrei ist.

Das Kriterium ist auch erfüllt,

- d) wenn der Kompressionsverband/-strumpf zum Zeitpunkt der Prüfung sachgerecht angelegt ist
- e) oder die Prüferin oder der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.

Ist der Kompressionstrumpf/-verband nicht sachgerecht oder nicht angelegt, klärt die Prüferin oder der Prüfer die Gründe hierfür (Pflegedokumentation, Befragung des pflegebedürftigen Menschen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) - c) erfolgt, weil der pflegebedürftige Mensch dies wünscht und der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.43	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.43:

Die Maßnahme nach Ziffer 26a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst die Sanierung/Eradikation nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:

- Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels
- Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung
- Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen
- In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich desinfizieren in besonders gelagerten Ausnahmefällen, in denen ausnahmsweise der regelhaft gegebene Anspruch auf Erbringung dieser Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben ist. Die Voraussetzungen des § 6 Absatz 5 der Richtlinie werden abschließend im Verfahren nach § 6 geprüft.

Bei der Frage ist insbesondere zu bewerten, ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut bei der Umsetzung der Maßnahme beachtet werden. Hierbei sind insbesondere die Hinweise zur Basishygiene sowie zur Bekämpfung unter III.1 sowie weitergehende Hinweise zu beachten.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.44	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.44:

Die Frage ist nur bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V oder mit einem Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI zu beantworten, andernfalls ist „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 15.6 in Kapitel 15 zu beantworten.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- die eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder
- für eingesetzte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B. Fortbildung, Anleitung) vorliegt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.45	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.45:

Die Frage ist nur bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V oder mit einem Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI zu beantworten, andernfalls ist „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 15.7 in Kapitel 15 zu beantworten.

Die Frage bezieht sich auf akute Ereignisse, in denen pflegefachliches Handeln erforderlich ist, wie z. B. Kranken- und Verhaltensbeobachtung nach Stürzen oder bei anhaltender Diarrhö. Diese Handlungsmaßnahmen gehen ggf. über die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt hinaus bzw. finden im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit der Ärztin oder dem Arzt statt (siehe 10.8).

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.46	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.46:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein Stufenplan vorliegt, der

- die Wünsche und Vorgaben der versorgten Person bzw. ihres Bevollmächtigten berücksichtigt,
- mit allen Beteiligten (versorgte Person / Angehörige, behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt, Leistungserbringer) ggf. interdisziplinärem Team / Therapeuten schriftlich vereinbart wurde,
- ethische Aspekte, Kommunikation am Lebensende, Behandlungsschritte während des Sterbeprozesses etc. berücksichtigt sind,
- eine adäquate Schmerz- und Symptomtherapie berücksichtigt,
- spirituelle und emotionale Unterstützung durch das Behandlungsteam berücksichtigt
- die Notfallprävention und das Verhalten in Notfallsituation regelt,
- an prominenter Stelle hinterlegt ist.

		ja	nein	t. n. z.	E.
10.47	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
b.	Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
e.	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
f.	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 10.47:

Die Frage ist nur bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V oder mit einem Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI zu beantworten, andernfalls ist „t. n. z.“ anzukreuzen.

Eine Risikoeinschätzung des ambulanten Pflegedienstes ist nicht Gegenstand der Bewertung. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Gegenstand aller behandlungspflegerischen Maßnahmen. Die Prüferin oder der Prüfer soll die Fragen jeweils bewerten, wenn nach seiner fachlichen Einschätzung Probleme zu den aufgelisteten Themenfeldern vorliegen.

Die Fragen sind mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die eventuelle Ablehnung der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ anzukreuzen, wenn aus Sicht der Prüferin oder des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

		ja	nein	t. n. z.	E.
10.48	Wenn ausnahmsweise vorübergehend neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 7.2.4c. bei beatmeten Personen eingesetzt werden:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation in einem Pflegeteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Einsatz über max. sechs Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 10.48:

„T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn keine entsprechenden Personen eingesetzt werden oder der Pflegedienst keine beatmeten Personen versorgt.

11. Mobilität

<small>M/Info</small>	
11.1	Versorgte Person angetroffen
a.	<input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung		
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten		(inklusive Paresen, Kontrakturen)
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten		
c.	Lageveränderung im Bett		
d.	Aufstehen		
e.	Sit- zen/Lageveränderung im Sitzen		
f.	Stehen		
g.	Gehen		

Erläuterung zur Prüffrage 11.2:

Hier sind Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit und die ggf. notwendigen Hilfen zu beschreiben. Genutzte Hilfsmittel zur Mobilisation und zur Lagerung sind zu beschreiben, sowie die notwendigen personellen Hilfen. Bei der Angabe der Bewegungsfähigkeit der unteren und oberen Extremitäten sind Angaben dazu notwendig, ob die Bewegungen aktiv, passiv oder assistiv durchgeführt werden können.

<small>M/T14/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
11.3	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Mobilität vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.4	Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>		
	Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 11.4:

Hier nimmt die Prüferin oder der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für ein erhöhtes Sturzrisiko bestehen.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
11.5	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 11.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnung der Empfehlungen des Pflegedienstes dokumentiert sind.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn aus Sicht der Prüferin oder des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

M/Info		ja	nein
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von:		
	Gutachterin oder Gutachter erhoben	<input type="checkbox"/>	
	Pflegedienst übernommen		<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 11.6:

Hier nimmt die Prüferin oder der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Dekubitusrisiko bestehen.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
11.7	Werden versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 11.7:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnung der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn aus Sicht der Prüferin oder des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

M/T12/B		ja	nein	t. n. z.	E.
11.8	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch körperbezogene Pflegemaßnahmen erhält, ein Dekubitusrisiko erkennbar ist und dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurde.

Wenn ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, erfolgt die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn der körperbezogenen Pflegemaßnahmen. Danach soll in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T13/B		ja	nein	t. n. z.	E.
11.9	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.9:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen die Leistung Lagern vereinbart ist und die dekubitusgefährdet sind Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher vorhandener Hilfsmittel, haut- und gewebeschonend durchgeführt wurden.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<small>M/Info</small>				
12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum			
	kg			
		k. A. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>
b. Aktuelle Größe	cm			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)				
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Erläuterung zur Prüffrage 12.1d:

Als relevante Gewichtsabnahme gelten: mehr als 5 % in 1-3 Monaten, mehr als 10 % in 6 Monaten. Wenn nur ein kürzerer Zeitraum als 6 Monate beurteilt werden kann, ist dies im Freitext zu vermerken.

M/Info									
12.2	Die Person ist versorgt mit:								
	Beschreibung								
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde								
	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus								
	<table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>kcal/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>ml/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> </table>	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h						
Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h						
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)								
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion								
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion								
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln								
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem								

t. n. z.

M/Info	
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?
	Von: Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>

Ja

nein

Erläuterung zur Prüffrage 12.3:

Hier nimmt die Prüferin oder der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung vorliegen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen bei der versorgten Person darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Ernährung besteht.

Besteht zwischen der Prüferin oder dem Prüfer und dem Pflegedienst kein Konsens, bzw. erfolgte seitens der Einrichtung keine Einschätzung, wird gemeinsam das Ernährungsrisiko mittels des Mini Nutritional Assessments –Short Form (MNA-SF) (www.mna-elderly.com/forms/mna_german.pdf, siehe Voranamnese) erhoben. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Bei einem ungewollten relevanten Gewichtsverlust kann man grundsätzlich von einem Ernährungsrisiko ausgehen und es kann auf den MNA-SF verzichtet werden.

M/Info	
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?
	Von: Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>

ja

nein

Erläuterung zur Prüffrage 12.4:

Hier nimmt die Prüferin oder der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung vorliegen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen bei der versorgten Person darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Flüssigkeitsversorgung besteht.

M/T6/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.5	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.5:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Ärztin oder Arzt) hingewiesen wurde.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T5/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.6	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.6:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Pflegeleistungen zur Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Pflegedokumentation und die Inaugenscheinnahme erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T4/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.7	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.7:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T9/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Ernährungsrisiko erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Ärztin oder Arzt) hingewiesen wurde.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T8/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.9	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.9:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Risiken zur Ernährung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Pflegedokumentation und die Inaugenscheinnahme erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T7/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.10:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T3/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.11	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.11:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

13. Ausscheidung

M/Info	
13.1	Die Person ist versorgt mit:
	t. n. z. <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter (Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten <input type="checkbox"/> Offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem

M/Info		ja	nein
13.2	Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachterin oder Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 13.2:

Die Prüffrage umfasst die Darm- und Harnausscheidung. Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz vorliegen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen bei der versorgten Person darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz besteht.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
13.3	Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 13.3:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnungen der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn aus Sicht der Prüferin oder des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

M/T10/B		ja	nein	t. n. z.	E.
13.4	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 13.4:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zu den Ausscheidungen in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T11/B		ja	nein	t. n. z.	E.
13.5	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 13.5:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

14. Umgang mit Demenz

Diese Fragen sind bei allen versorgten Personen zu beantworten, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.1	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 14.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnungen der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Das Kriterium ist mit „t. n. z.“ zu bewerten, wenn keine gerontopsychiatrische Erkrankung ärztlich festgestellt wurde oder wenn aus Sicht der Prüferin oder des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

M/T15/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.2	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 14.2:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird.

Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn aus der Maßnahmenplanung ein inhaltlicher Bezug zur Biografie erkennbar ist. Nicht erforderlich ist, dass bei der Dokumentation einzelner Maßnahmen jeweils ein schriftlicher Begründungszusammenhang zu pflegerelevanten Biografieangaben hergestellt wird.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.

M/T16/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.3	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 14.3:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn von Ärztin oder Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z. B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen).

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.

15. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

M/Info	
15.2 Mundzustand/Zähne	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T1/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 15.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege sowie ggf. der Mund- und Zahnpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen individuellen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.

Selbstverständlichkeiten wie die Berücksichtigung des Schamgefühls sind nicht gemeint.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder das Pflegepersonal befragt.

M/T2/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 15.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn keine Defizite bei der vereinbarten Leistung erkennbar sind. Die Frage ist auch mit „ja“ zu beantworten, wenn Defizite in der vereinbarten Körperpflege, erkennbar sind und der ambulante Pflegedienst nachvollziehbar seine fehlende Einwirkungsmöglichkeit dokumentiert hat.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/T17/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.5	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 15.5:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn anhand der Pflegedokumentation oder eines anderen schriftlichen Nachweises die Durchführung eines Erstgespräches belegt wird.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn:

- der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder
- mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden konnte oder
- wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation oder andere schriftliche Nachweise. Bei Zweifeln der Prüferin oder des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B		ja	nein	E.
15.6	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 15.6:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- die eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder
- für eingesetzte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B. Fortbildung, Anleitung) vorliegt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.7	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 15.7:

Die Frage bezieht sich auf akute Ereignisse, in denen pflegefachliches Handeln erforderlich ist, wie z. B. Kranken- und Verhaltensbeobachtung nach Stürzen oder bei anhaltender Diarrhö. Diese Handlungsmaßnahmen gehen ggf. über die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt hinaus bzw. finden im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit dem der Ärztin oder dem Arzt statt (siehe 9.1 oder 10.8).

16. Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info		ja	nein
16.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Freitext:</i>			

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.1:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein schriftlicher vom ambulanten Pflegedienst und von der versorgten Person unterschriebener Vertrag vorliegt, dieser die tatsächlich zu erbringenden Leistungen enthält und die daraus resultierenden Kosten ausweist.

Die Frage ist u.a. mit „nein“ zu beantworten, wenn im Pflegevertrag die aktuell tatsächlich erbrachten Leistungen nicht dargestellt sind oder wenn der Kostenvoranschlag nicht die aktuell zu berechnenden Leistungen umfasst.

M/Info		t. n. z.
16.1.2	Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
<i>Freitext:</i>		

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.2:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

M/Info	
16.1.3	Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/>	keine
<i>Freitext:</i>	

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.3:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

M/Info	
16.1.4	Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/>	keine
<i>Freitext:</i>	

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.4:

Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für die ausgewählten Betrachtungstage zu beantworten.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht <input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht <input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht <input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.5:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.6	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse missachtet <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen unterlaufen <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.6:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen im geprüften Abrechnungszeitraum, Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind zu beachten.

M/Info		t. n. z.
16.1.7	Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
Freitext:		

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.7:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

M/info	
16.1.8	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/>	keine
<i>Freitext:</i>	

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.8:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

M/info	
16.1.9	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/>	keine
<i>Freitext:</i>	

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.9:

Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für den geprüften Abrechnungszeitraum zu beantworten. Zu prüfen ist die Abrechnung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, die als Sachleistung nach § 36 SGB XI erbracht worden sind.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.10	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht <input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche:</i>				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.10:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.11	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche:</i>				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.11:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen eines LK), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erstbesuch, landesspezifische Regelungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsvereinbarungen sind zu beachten.

M/Info	
16.1.12	Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
	Geprüfter Abrechnungszeitraum:
	<i>Freitext:</i>

t. n. z.

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.12:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

M/Info	
16.1.13	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
<input type="checkbox"/>	keine
	<i>Freitext:</i>

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.13:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

M/Info	
16.1.14	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
<input type="checkbox"/>	keine
	<i>Freitext:</i>

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.14:

Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für die ausgewählten Betrachtungstage zu beantworten.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.15	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht				
<input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht				
<input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht				
<input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein				
<input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein				
<input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.15:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.1.16	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht				
<input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.16:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen eines LK), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erstbesuch, landesspezifische Regelungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind zu beachten.

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

16.2.1 M/Info Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?									
<input type="checkbox"/> keine									
Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
1	<input type="checkbox"/>	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	verordnet genehmigt						
2	<input type="checkbox"/>	Ausscheidungen	verordnet	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toiletten- training					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toiletten- training					
3	<input type="checkbox"/>	Ernährung	verordnet	<input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszu- <input type="checkbox"/> fuhr Sondennahrung, Verabreichen von					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszu- <input type="checkbox"/> fuhr Sondennahrung, Verabrei- chen von					

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
4	<input type="checkbox"/>	Körperpflege	verordnet	<input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen					
				<input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe					
				<input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden					
5	<input type="checkbox"/>	Hauswirtschaftliche Versorgung	verordnet						
			genehmigt						
6	<input type="checkbox"/>	Absaugen	verordnet	<input type="checkbox"/> Obere Luftwege					
				<input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronchallavage)					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Obere Luftwege					
				<input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronchallavage)					
7	<input type="checkbox"/>	Anleitung bei der Behandlungspflege	verordnet						
			genehmigt						
8	<input type="checkbox"/>	Beatmungsgerät, Bedienung/Überwachung	verordnet						
			genehmigt						
9	<input type="checkbox"/>	Blasenspülung	verordnet						
			genehmigt						
10	<input type="checkbox"/>	Blutdruckmessung	verordnet						
			genehmigt						

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
11	<input type="checkbox"/>	Blutzuckermes- sung	verordnet genehmigt						
12	<input type="checkbox"/>	Positionswechsel zur Dekubitusbe- handlung	verordnet genehmigt						
13	<input type="checkbox"/>	Drainagen, Über- prüfen, Versorgen	verordnet genehmigt						
14	<input type="checkbox"/>	Ein- lauf/Klistier/Klysm a und digitale Enddarmausräu- mung	verordnet genehmigt						
15	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeits- bilanzierung	verordnet genehmigt						
16	<input type="checkbox"/>	Infusionen, i.v.	verordnet genehmigt						
16a	<input type="checkbox"/>	Infusionen, s.c.	verordnet genehmigt						
17	<input type="checkbox"/>	Inhalation	verordnet genehmigt						
18	<input type="checkbox"/>	Injektionen	verordnet	<input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c.					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c.					
19	<input type="checkbox"/>	Injektionen, Rich- ten von	verordnet genehmigt						
20	<input type="checkbox"/>	Instillation	verordnet genehmigt						
21	<input type="checkbox"/>	Kälteträger, Aufle- gen von	verordnet genehmigt						
22	<input type="checkbox"/>	Katheter, Versor- gung eines supra- pubischen	verordnet genehmigt						
23	<input type="checkbox"/>	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	verordnet genehmigt						
24	<input type="checkbox"/>	Krankenbeobach- tung, spezielle	verordnet genehmigt						

Po s LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
25	<input type="checkbox"/>	Magensonde, Legen und Wech- seln	verordnet genehmigt						
26	<input type="checkbox"/>	Medikamentenga- be (außer Injektio- nen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet genehmigt	<input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen					
26a	<input type="checkbox"/>	Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diag- nose	verordnet genehmigt						
27	<input type="checkbox"/>	Perkutane endo- skopische Gast- rostomie (PEG), Versorgung bei	verordnet genehmigt						
27a	<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Krankenpflege	verordnet genehmigt	<input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln <input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln					
28	<input type="checkbox"/>	Stomabehandlung	verordnet genehmigt						
29	<input type="checkbox"/>	Trachealkanüle, Wechsel und Pfl- ege der Kanüle	verordnet genehmigt						
30	<input type="checkbox"/>	Venenkatheter, Pflege des zentra- len	verordnet genehmigt						

Po s LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
31	<input type="checkbox"/>	Wundversorgung einer akuten Wunde	verordnet						
			genehmigt						
31a	<input type="checkbox"/>	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	verordnet						
			genehmigt						
31b	<input type="checkbox"/>	An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	verordnet						
			genehmigt						
31c	<input type="checkbox"/>	An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	verordnet						
			genehmigt						
<i>Freitext:</i>									

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.1:

In der Tabelle sind die Leistungen anzugeben, die für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt waren.

Die Spalte „genehmigt“ ist jeweils nur auszufüllen, wenn die genehmigte Leistung bezüglich Inhalt, Häufigkeit oder Dauer von der „verordneten“ Leistung abweicht. Wenn die Genehmigung der Krankenkasse nicht vorliegt, ist dies im Freitext zu vermerken. Die ärztliche Verordnung wird bei privat versicherten Personen grundsätzlich als genehmigt betrachtet.

Bezüglich der Position 26 Medikamentengabe (richten, verabreichen) ist im Freitext anzugeben, wenn Medikamente über eine Magensonde, über die Atemwege, über die Haut oder Schleimhaut (Einreibung, Bad), zur Behandlung des Mundes oder zur Behandlung der Augen (Augentropfen) verabreicht werden.

M/info	
16.2.2	Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
<i>Freitext:</i>	

t. n. z.

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.2:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.2.3	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht <input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche:</i> 				
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.3:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden alle von der Kasse genehmigten ärztlich verordneten Leistungen geprüft.

Bsp. Medikamentengabe 3 x tgl. in Rechnung gestellt, aber nur 2 x tgl. erbracht, abends übernehmen Angehörige oder die oder der Versicherte nimmt die Medikamente selber.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.2.4	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse missachtet <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet <input type="checkbox"/> Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen unterlaufen <input type="checkbox"/> Leistung war nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche:</i> 				
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.4:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung sowie der Individualverträge und auf die HKP-Richtlinien (Bei einer Dekubitusbehandlung ist laut HKP-Richtlinie ein gesonderter Verbandswechsel nicht ordnungsfähig). Liegen bei der Prüfung einer privat versicherten Person keine gleichartigen für die Abrechnungsprüfung relevanten Vertragsunterlagen zwischen Pflegeeinrichtung und der jeweiligen privaten Krankenversicherung vor, kann die Frage nicht beantwortet werden. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erbringung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen durch Pflegefachkräfte), Hausbesuchspauschalen (z. B. Abschläge für mehrere Personen im Haus-

halt/Wohngemeinschaften/Betreutes Wohnen), Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch, Fahrtkostenregelungen und ggf. Zeitvereinbarungen sind zu beachten. Weiterhin ist zu beachten, ob der die Verordnung auslösende Sachverhalt im geprüften Abrechnungszeitraum vorlag (z. B. bei einer Wundversorgung die Wunde) und die die ärztliche Verordnung konkretisierenden ärztlichen Vorgaben (z. B. Medikamentenplan) mit den abgerechneten Leistungen übereinstimmen (z. B. Häufigkeit der Medikamentengabe).

Es ist nicht Aufgabe der Prüferin oder des Prüfers, festzustellen, ob eine im Haushalt lebende Person die Leistungen durchführen kann. Diese Feststellung obliegt der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt. Es geht ebenfalls nicht um die Frage der ärztlichen Indikation.

M/Info		t. n. z.
16.2.5	Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="checkbox"/>
Geprüfter Abrechnungszeitraum:		
Freitext:		

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.5:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

M/B		ja	nein	t. n. z.
16.2.6	Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht				
<input type="checkbox"/> Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht				
<input type="checkbox"/> Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht				
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht				
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht				
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, welche:				
Freitext:				

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.6:

Wenn in die Qualitätsprüfung einbezogene Personen mindestens körperbezogene Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI erhalten, können aufgrund des Vorrangs der Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V vor den Sachleistungen nach § 36 SGB XI in der Regel Maßnahmen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V nur retrospektiv in die Betrachtung einbezogen werden.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden alle von der Kasse genehmigten ärztlich verordneten Leistungen geprüft. Zu berücksichtigen sind bei der Frage Regelungen der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V einschließlich Anlagen, Vergütungsvereinbarungen, Individualverträge und die HKP-Richtlinien. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen und ggf. Zeitvereinbarungen sind zu beachten. Liegen bei der Prüfung einer privat versicherten Person keine gleichartigen für die Abrechnungsprüfung relevanten Vertragsunterlagen zwischen Pflegeeinrichtung und der jeweiligen privaten Krankenversicherung vor, kann die Frage nicht beantwortet werden.

Nach § 34 Abs. 2 SGB XI ruht der Leistungsanspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege, soweit im Rahmen des Anspruchs der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auch Anspruch auf Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung besteht. Die Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V gehen demnach den Leistungen nach § 36 SGB XI vor. Die parallele Abrechnung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als Sachleistung nach § 36 SGB XI und nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) für einen gleichen Zeitraum ist nicht zulässig. Dies ist bei der Beantwortung der Frage zu beachten.

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist, die Leistungen vertragskonform und gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind.

Das Kriterium ist mit „nein“ zu beantworten, wenn

- Leistungen gar nicht erbracht worden sind,
- Leistungen häufiger in Rechnung gestellt worden sind, als erbracht,
- Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt worden sind, als erbracht,
- Diskrepanzen zwischen Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan bestehen,
- Diskrepanzen zwischen Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen bestehen,
- Handzeichen fehlen.
- Leistung unter Missachtung vertraglicher Grundlagen oder der HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind,
- Leistungen parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn für den geprüften Abrechnungszeitraum keine Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V in Rechnung gestellt worden sind.

16.3 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

<small>M/Info</small>	
16.3.1	Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung
<i>Freitext:</i>	

Erläuterung zur Prüffrage 16.3.1:

Bei dieser Prüffrage kann die Prüferin oder der Prüfer sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung im Freitext geben, die sich nicht den Prüffragen in Kapitel 16 zuordnen lassen.

17. Sonstiges

(Freitext)

18. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragungsinstruktion für die ambulante Pflege

Bei Zufriedenheitsbefragungen besteht stets die Gefahr, dass die befragten Personen nicht ihrem tatsächlichen Zufriedenheitsurteil Ausdruck verleihen, sondern vielmehr so antworten, wie es entweder für sie selbst oder für die Einrichtung als positiv bzw. günstig erscheint. Sie bemühen sich somit, in einem „sozial erwünschten“ Sinne zu antworten. Vor allem ältere Menschen neigen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten und halten sich gerade dann zurück, wenn es um eine Bewertung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung geht. Sozial erwünschtes Antwortverhalten beeinflusst damit die Güte der erhobenen Befragungsdaten. Kann die oder der Befragte allerdings sicher sein, dass sie oder er durch seine Urteile keine Sanktionen erfahren wird und ihre oder seine Angaben anonym verwendet werden, dann ist es möglich, solche Beschönigungstendenzen in einem gewissen Maße zu kontrollieren bzw. einzudämmen. Für die Aussagekraft der von den Prüferinnen und Prüfern erhobenen Daten zur Zufriedenheit der versorgten Person ist es daher von großer Bedeutung, dass den Befragten vorab versichert wird, dass die im Rahmen der Prüfung erhobenen persönlichen Zufriedenheitsurteile streng anonym verwendet werden und dass es darüber hinaus für die beabsichtigten Zwecke sinnvoll ist, die eigenen Zufriedenheitsaussagen nicht zu beschönigen. Die Prüferinnen und Prüfer des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes sollen die Befragung der versorgten Person daher orientiert an den folgenden Befragungsinstruktionen einleiten:

„Ich werde Ihnen nun einige Fragen zur Zufriedenheit mit Ihrem Pflegedienst stellen. Ich möchte insbesondere wissen, welche Dinge des Pflegedienstes bei Ihnen besonders gut ankommen und welche Dinge aus Ihrer Sicht noch verbessert werden könnten. Auf meine Fragen gibt es daher auch keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht auch nicht darum, so zu antworten, dass man einen vermeintlich guten Eindruck macht. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig, es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht auf meine Fragen antworten möchten. Wenn Sie teilnehmen, werden wir das, was Sie sagen, streng anonym und vertraulich behandeln. Niemand wird anhand Ihrer Aussagen Rückschlüsse auf Ihre Person machen können. Sie können mir daher frei und offen antworten. Und das ist wirklich wichtig, denn nur, wenn Sie uns Ihre ehrliche Meinung sagen, können wir herausfinden, wie man hier die Angebote für Sie noch verbessern kann.“

Wenn die versorgte Person sich bei einzelnen Fragen nicht vollständig zufrieden äußert, kann dies im Freitext erläutert werden.

Grundsätzlich sollte die Befragung nicht in Anwesenheit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des Pflegedienstes durchgeführt werden, es sei denn die versorgte Person wünscht dies.

Die Fragen 18.1 bis 18.12 sind nur den versorgten Personen zu stellen, die Leistungen nach dem SGB XI (Pflegegrad 2-5) beziehen.

Die Fragen 18.13 und 18.14 sind nur den versorgten Personen zu stellen, die ausschließlich Leistungen nach § 37 SGB V oder Leistungen nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI beziehen.

M/T36/B		ja	nein	k. A.
18.1	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	k. A.
18.2	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T37/B		immer	häufig	geleg.	nie	k. A.
18.3	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 18.3:*Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.*

<small>M/T39/B</small>		ja	nein	k. A.
18.4	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T40/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.5	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 18.5:*Anmerkung: Einsatzbereitschaft bezieht sich analog der Frage 4.6/T34 immer auf die vereinbarten Leistungen.*

<small>M/T42/B</small>		ja	nein	k. A.
18.6	Geben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T45/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	k. A.
18.7	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter höflich und freundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T41/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.8	Werden Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T38/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.9	Fragen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T44/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.10	Respektieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T46/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.11	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T43/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.12	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 18.12:*Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine begründeten Beschwerden vorlagen.*

<small>M/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	k. A.
18.13	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>	
18.14	Haben Sie Anregungen / Beschwerden / Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen?
Wenn ja, <i>welche</i> :	

ja
nein
k. A.

QPR – Teil 1a Ambulante Pflegedienste

Anlage 3

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für ambulante Pflegedienste

18.12.2019

Die Erstellung des Prüfberichtes erfolgt auf der Grundlage der QPR, Teil 1a Ambulante Pflegedienste und auf der Basis der Erhebungsbögen zur Prüfung im ambulanten Pflegedienst sowie zur Prüfung bei der versorgten Person einschließlich der Befragung der versorgten Person. Der Prüfbericht wird EDV-gestützt erstellt. Die Darstellung der Prüfergebnisse im Prüfbericht erfolgt in deskriptiver Form. Der Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI ist nicht Gegenstand des Prüfberichtes.

Der Prüfbericht gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Prüfmaßstab
 - 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
 - 2. Zusammenfassende Beurteilung
 - 3. Empfehlungen

- Anlagen zum Prüfbericht
 - Erhebungsbogen ambulanter Pflegedienst
 - Erhebungsbögen versorgte Personen
 - Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der versorgten Personen.

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Prüfmaßstab

Im Prüfmaßstab werden die geltenden Prüfgrundlagen aufgelistet, die gemäß Ziffer 6 Abs. 6 der QPR Teil 1a Ambulante Pflegedienste Basis der Prüfungen sind.

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Um die Identifikation des Prüfberichtes im Rahmen der Berichtspflicht nach § 114a Abs. 6 SGB XI zu ermöglichen, wird eine Auftragsnummer vergeben. Die Auftragsnummer setzt sich wie folgt zusammen:

Position 1-6	erster Tag der Prüfung = JJMMTT
Position 7	Vollprüfung = V
Position 8	stationär = S ambulant = A Tagespflege = T Nachtpflege = N Kurzzeitpflege = K
Position 9-10	MDK Baden-Württemberg = 18 MDK Bayern = 19 MDK Berlin-Brandenburg = 01 MDK im Lande Bremen = 03 MDK Nord = 02 MDK Hessen = 15 MDK Mecklenburg-Vorpommern = 21 MDK Niedersachsen = 12 MDK Nordrhein = 14 MDK Rheinland-Pfalz = 16 MDK Saarland = 17 MDK Sachsen = 25 MDK Sachsen-Anhalt = 23 MDK Thüringen = 24 MDK Westfalen-Lippe = 13 SMD Knappschaft = 31 PKV-Prüfdienst = 90
Position 11-16	Dienststelle
Position 17	Bindestrich
Position 18-26	Laufende Auftragsnummer
Beispiel: 140730VS24000006-000005196 (Prüfung am 30.07.2014, vollstationäre Einrichtung, laufende Nr. 6, MDK Thüringen)	

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.10 werden automatisiert aus dem Erhebungsbogen in den Bericht übernommen.

2. Zusammenfassende Beurteilung

In der Zusammenfassung werden die wesentlichen Aspekte jedes Kapitels zur Durchführung der Prüfung und zu den Prüfergebnissen aus dem Erhebungsbogen zur Prüfung des Pflegedienstes sowie aus den Erhebungsbögen zur Prüfung bei der versorgten Person dargestellt. Insbesondere ist der Umgang des ambulanten Pflegedienstes mit Pflegesituationen wie z. B. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Umgang mit Personen mit ärztlich

festgestellten gerontopsychiatrischen Diagnosen und der Behandlungspflege darzustellen.

Bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V bzw. Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a SGB XI ist insbesondere der Umgang des ambulanten Pflegedienstes mit Leistungen der Behandlungspflege, wie z. B. Wundversorgung oder spezielle Krankenbeobachtung, darzustellen. Besonders positive oder negative Ergebnisse werden hervorgehoben. Eine nachvollziehbare Benennung der festgestellten Qualitätsdefizite ist dabei erforderlich, damit diese für die Bescheiderteilung der Landesverbände der Pflegekassen sowie für ggf. erforderliche Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen können. Ergebnisse zur Abrechnungsprüfung sind in der zusammenfassenden Beurteilung ebenfalls darzustellen. Dabei ist auch die Summe aller Auffälligkeiten bei der Abrechnungsprüfung für alle in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen für alle Bewertungsfragen zu Leistungen nach dem SGB XI und dem SGB V anzugeben.

Bei einer Wiederholungsprüfung ist auf die vorangegangene Prüfung Bezug zu nehmen. Bei einer Anlassprüfung ist auf den Anlass einzugehen.

Auf Qualitätsaspekte, die nicht durch das standardisierte Prüfinstrumentarium erfasst werden konnten, ist individuell einzugehen.

3. Empfehlungen

Zu bestehenden Defiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährdungsgrad der versorgten Personen zu berücksichtigen.

Anlagen zum Prüfbericht

Erhebungsbogen ambulanter Pflegedienst

Hier werden die Ergebnisse der Fragen der Kapitel 2 bis 7 des Erhebungsbogens zur Prüfung des ambulanten Pflegedienstes dargestellt.

Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Fragen, die für den ambulanten Pflegedienst nicht zutreffen oder die bei der Prüfung nicht relevant sind, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten:

- Bei dichotomen Fragen:

- Ja Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.
- Nein Die Anforderungen wurden nicht erfüllt.

- Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

- Alle Kriterien ja Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.
- Nicht alle Kriterien ja Die Anforderung wurde mit X von Y Kriterien erfüllt.
Nicht erfüllt sind die Kriterien: a, b.

Beispiel

Frage 6.1: Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde mit 3 von 5 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- c. Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen wird regelmäßig geprüft.
- d. innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.

Die Angaben zu den Fragen 7.1.1 und 7.1.2 werden automatisiert aus dem Erhebungsbogen in den Bericht übernommen.

Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person

Hier werden die Erhebungsbögen für jede in Augenschein genommene Person aufgenommen.

In Kapitel 8 werden die allgemeinen Daten für die jeweils in Augenschein genommene versorgte Person und der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters in anonymisierter Form dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Fragen der Kapitel 9 oder 10 sowie 11 bis 16 des Erhebungsbogens zur

Prüfung der jeweils in Augenschein genommenen Person dargestellt. Bei versorgten Personen mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V bzw. Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a SGB XI werden die Ergebnisse der Fragen der Kapitel 9 oder 10 sowie des Kapitels 16 des Erhebungsbogens zur Prüfung der jeweils in Augenschein genommenen Person dargestellt.

In den Kapiteln 9 oder 10 sowie 11 bis 16 wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jede versorgte Person automatisch in den Prüfbericht übernommen. In den Kapiteln 9 oder 10 sowie in Kapitel 16 wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jede versorgte Person mit einem Leistungsbezug ausschließlich nach § 37 SGB V bzw. Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a SGB XI automatisch in den Prüfbericht übernommen.

Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Fragen, die für die versorgte Person nicht zutreffen, werden nicht in den Prüfbericht übernommen. Die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung werden ebenso wie die Ergebnisse der Qualitätsprüfung dargestellt.

Antwortmöglichkeiten je versorgte Person:

- Ja
- Nein.

Kapitel 17 (Sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In Kapitel 18 wird eine Befragung der in Augenschein genommenen Personen zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

- Immer/ja
- häufig
- gelegentlich
- nie/nein
- Keine Angaben.