



MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN



Spitzenverband



Qualitätsprüfungs-Richtlinien
Transparenzvereinbarung

**Grundlagen der Qualitätsprüfungen
nach den §§ 114 ff SGB XI**

Teil 1 – Ambulante Pflege



IMPRESSUM

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Theodor-Althoff-Straße 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de

Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Umschlaggestaltung & Satz:

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

45481 Mülheim an der Ruhr

September 2016

VORWORT

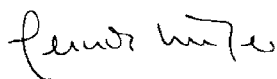
Liebe Leserinnen und Leser,

Die vorliegenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) am 6. September 2016 beschlossen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen haben nach § 118 SGB XI beratend mitgewirkt. Die QPR wurden vom Bundesministerium für Gesundheit am 4. Oktober 2016 genehmigt. Einige Regelungen sind zum 15. Oktober 2016 in Kraft getreten, der überwiegende Teil der QPR zum 1. Januar 2017. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und für den PKV-Prüfdienst verbindlich.

Die Anpassung der QPR war aufgrund des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II), mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde, erforderlich. Konkrete Grundlage bildete die Übergangsregelung in § 115a SGB XI. Nach dieser Maßgabe waren sowohl die Pflege-Transparenzvereinbarungen, in denen die Kriterien zur Veröffentlichung der Prüfergebnisse einschließlich der Bewertungssystematik festgehalten sind, als auch die QPR anzupassen. Die Änderungen der Pflege-Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege (PTVA) aus Dezember 2015 (Änderung einiger Kriterien, Anpassung der Bewertungssystematik, Umstellung der Personenstichprobe von Pflegestufen auf Pflegegrade) wurden in die QPR übertragen. Die Vorgabe des PSG II, dass Abrechnungsprüfungen regelmäßig im Rahmen von Qualitätsprüfungen durchzuführen sind, wurde im ambulanten Bereich durch ein neues Kapitel im Prüfkatalog umgesetzt. Seit 15. Oktober 2016 findet demnach in der ambulanten Pflege bei jeder Qualitätsprüfung auch eine Abrechnungsprüfung statt. Die Abrechnungsprüfung erfolgt als Screening. Werden dabei Auffälligkeiten festgestellt, entscheiden die betroffenen Pflegekassen über das weitere Vorgehen.

Um die QPR an zukünftige Entwicklungen leichter anpassen zu können, werden sie in der vorliegenden Fassung erstmalig in zwei Teilen (Teil 1 Ambulante Pflege, Teil 2 Stationäre Pflege) getrennt dargestellt. Die aktuellen Änderungen sind als Zwischenschritt auf dem Weg zu weiterreichenden Veränderungen im Bereich der Qualitätssicherung zu verstehen: Der im Jahr 2016 auf Bundesebene eingerichtete Qualitätsausschuss Pflege hat Aufträge zur wissenschaftlichen Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen sowie für die Qualitätsberichterstattung zu vergeben. Auf Grundlage der Ergebnisse wird der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des MDS und des PKV-Prüfdienstes die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung entwickeln, die die bestehenden QPR ablösen werden. Durch den Qualitätsausschuss ist mit einer Qualitätsdarstellungsvereinbarung ein neues Instrument der Qualitätsberichterstattung für die ambulante Pflege zu vereinbaren. Am Ende dieses Prozesses wird ein neues System der Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung vorliegen.

GKV-Spitzenverband und MDS werden diesen Prozess aktiv begleiten und sich im Interesse der Versicherten für eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege und eine aussagekräftige Qualitätsdarstellung einsetzen.



Gernot Kiefer
Vorstand GKV-Spitzenverband



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer MDS

INHALTSVERZEICHNIS

Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) 5

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 6. September 2016 5

QPR Teil 1 - Ambulante Pflege 6

Anlage 1 zur QPR Teil 1:

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege 18

Anlage 2 zur QPR Teil 1:

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege 63

Anlage 3 zur QPR Teil 1:

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die ambulante Pflege 137

Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) 142

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

Anlage 1 zur PTVA:

Kriterien der Veröffentlichung 149

Anlage 2 zur PTVA:

Bewertungssystematik 153

Anlage 3 zur PTVA:

Ausfüllanleitung für die Prüfer 157

Anlage 4 zur PTVA:

Darstellung der Prüfergebnisse 172



QUALITÄTSPRÜFUNGS-RICHTLINIEN (QPR)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes¹ über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

vom 6. September 2016²

Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. aufgrund des § 114a Absatz 7 SGB XI in der am 31. Dezember 2015 bestehenden Fassung i. V. mit § 115a Absatz 3 bis 5 SGB XI am 6. September 2016 die nachstehenden Richtlinien 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 beschlossen.

Vor dem Hintergrund der auf Grundlage des § 114a Absatz 7 SGB XI zukünftig getrennt für die stationäre und die ambulante Pflege zu beschließenden Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung ist es bereits im Zuge dieser Anpassung sinnvoll, in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR die beiden Bereiche getrennt darzustellen (Teil 1 – Ambulante Pflege, Teil 2 – Stationäre Pflege).

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 4. Oktober 2016 mit Auflagen genehmigt.

QPR TEIL 1 – AMBULANTE PFLEGE

PRÄAMBEL

- (1) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe von § 115a Absatz 3 SGB XI fort; sie sind an die seit 1. Januar 2016 geltenden Regelungen (§ 115a Absatz 4 SGB XI) sowie an die nach § 115a Absatz 1 SGB XI übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen (§ 115a Absatz 5 SGB XI) anzupassen. Die Pflege-Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege (PTVA) ist mit Schiedsspruch vom 7. Dezember 2015 auch unter Berücksichtigung der ab 1. Januar 2017 geltenden gesetzlichen Regelungen angepasst worden. Diese PTVA ist bei allen Prüfungen ambulanter Pflegedienste anzuwenden, die ab dem 1. Januar 2017 durchgeführt werden. Auch vor diesem Hintergrund ist eine Anpassung der QPR erforderlich.
- (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) auf der Grundlage des § 115a Absatz 4 und 5 SGB XI die Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR. 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. Nach § 115a Absatz 4 und 5 SGB XI hat der GKV-Spitzenverband 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.
- (3) 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 1 relevant.
- (4) Teil 1 der nach § 115a Absatz 4 und 5 SGB XI angepassten 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 1 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 hinaus gehen soll,
 - bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
 - Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung,
 - 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 ein-
-

schließlich 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 2 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,
- Beobachtungen während der Prüfung,
- Befragung der Pflegebedürftigen,
- 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 Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

Bei den per Zufall ausgewählten Pflegebedürftigen bzw. den im Rahmen von Anlassprüfungen zusätzlich ausgewählten Pflegebedürftigen wird die personenbezogene Pflegequalität erhoben. Dies bildet den Schwerpunkt der Prüfung. Nach § 114a Absatz 3 SGB XI sind dabei insbesondere die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen, die Pflegedokumentation, die Befragung der Pflegebedürftigen, 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 Pflegebedürftigen,
- 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 Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise der Pflegebedürftigen, 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.
- (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 1 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 Pflegebedürftigen) 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 Pflegemaßnahmen³,
- pflegerischen Betreuungsmaßnahmen⁴,
- Hilfen bei der Haushaltsführung⁵,
- 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 1 der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 zu Teil 1 der QPR auszufüllen.

- (6) Basis der Prüfungen sind:

- die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die ambulante Pflege vom 27. Mai 2011,
- der aktuelle Stand des Wissens,
- die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
- 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 Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

³ Bis 31. Dezember 2016: „Grundpflege“

⁴ Bis 31. Dezember 2016: „Betreuungsleistungen“

⁵ Bis 31. Dezember 2016: „hauswirtschaftliche Versorgung“

(7) Für die Auswahl der in die Prüfungen einzubeziehenden Personen gilt:

Es 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.

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.

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 Blasenkatheter,

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) Bezüglich der Gewährleistung einer Zufallsstichprobe gilt:

Die in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen werden innerhalb der Pflegegrade zufällig ausgewählt. 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. Aus dieser Liste 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 bei jedem Pflegegrad, 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 geeignete Liste 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 Pflegebedürftigen nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Pflegebedürftige 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/des Pflegebedürftigen oder einer/eines hierzu Berechtigten (vertretungsberechtigte Person, gesetzlich bestellte Betreuerin/bestellter Betreuer) voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der/des Pflegebedürftigen oder einer hierzu berechtigten Person sind diese 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/dem Pflegebedürftigen keine Nachteile entstehen.

(2) Die Einwilligung der/des Pflegebedürftigen nach § 114a Absatz 3a SGB XI muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben werden, die Person der/des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die/der Pflegebedürftige 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 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/des Pflegebedürftigen,
- die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der/des Pflegebedürftigen,
- die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,
- die Befragung der/des Pflegebedürftigen, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuerinnen und Betreuer sowie der Angehörigen,
- die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichtes.

Die Einwilligung muss vor der Einbeziehung der/des Pflegebedürftigen 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 und 8 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 2 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 14 des Erhebungsbogens nach Anlage 1 zu Teil 1 der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 zu Teil 1 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 Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung wird der Prüfbericht auch an die Pflegekasse versendet, bei der die/der betreffende Pflegebedürftige versichert ist. Dabei wird gegenüber der betroffenen Pflegekasse in einem gesonderten Dokument offen gelegt, bei welcher/welchem Pflegebedürftigen (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/des Pflegebedürftigen durch den ambulanten Pflegedienst für nicht gerechtfertigt, teilt er dies und die dafür maßgebenden Gründe der zuständigen Pflegekasse unverzüglich schriftlich mit.
- (3) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für die ambulante Pflege ergibt sich aus Anlage 3 zu Teil 1 der QPR.

Inkrafttreten der Richtlinien (Teil 1 und 2)

- (1) Die Richtlinien treten vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2017 in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt treten vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) in der Fassung vom 17. Januar 2014 außer Kraft.
- (2) Ziffer 4 Absatz 2 (Regelungen zu Anlassprüfungen), Ziffer 8 (Abrechnungsprüfung), Ziffer 9 (Prüfbericht), jeweils Kapitel 14 der Anlagen 1 und 2 (Kriterien zur Abrechnungsprüfung) sowie Anlage 3 (Struktur und Inhalt des Prüfberichts für die ambulante Pflege) des Teils 1 der QPR treten am 15. Oktober 2016 in Kraft und gelten für die ambulante Pflege. Die entsprechenden Regelungen in Ziffer 4 Absatz 2, Ziffer 9 und Ziffer 10 sowie Anlage 3 der QPR in der Fassung vom 17. Januar 2014 treten für die ambulante Pflege damit zum 15. Oktober 2016 außer Kraft.
- (3) Ziffer 6 Absätze 3 und 4 (Regelungen zu Regelprüfungen und zur Abrechnungsprüfung) sowie Ziffer 7 (Einwilligung) der Teile 1 und 2 der QPR treten zum 15. Oktober 2016 in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt treten Ziffer 6 Absätze 3 und 4 (Regelungen zu Wiederholungs- und Regelprüfungen sowie zur Abrechnungsprüfung) sowie Ziffer 7 (Einwilligung) der QPR in der Fassung vom 17. Januar 2014 außer Kraft.

QPR TEIL 1 – AMBULANTE PFLEGE

ANLAGE 1

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

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 = Mitarbeiter⁶
PFK = Pflegefachkraft

⁶ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

| M/Info | | |
|--------|--|--|
| 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 Versorgungs- vertrag | |
| 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. | Name des Ansprechpartners für die DCS | |
| s. | E-Mail des Ansprechpartners für die DCS | |

| | | |
|----|--|--|
| t. | Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS | |
| u. | Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS | |

| M/Info | | | | | | |
|------------|---|--|-----|-----|------------|------------|
| 1.3 | Daten zur Prüfung | | | | | |
| a. | Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen | <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS <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 | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td>TT.MM.JJJJ</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table> | von | bis | TT.MM.JJJJ | TT.MM.JJJJ |
| von | bis | | | | | |
| TT.MM.JJJJ | TT.MM.JJJJ | | | | | |
| d. | Uhrzeit | | | | | |
| | 1. Tag | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | von | bis | | |
| von | bis | | | | | |
| | | | | | | |
| | 2. Tag | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | von | bis | | |
| von | bis | | | | | |
| | | | | | | |
| | 3. Tag | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | von | bis | | |
| von | bis | | | | | |
| | | | | | | |
| e. | Gesprächspartner des Pflegedienstes | | | | | |
| f. | Prüfende(r) 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. | Ansprechpartner des MDK/ PKV-Prüfdienstes | Name | | | | |
| | | | | | | |
| | | E-Mailadresse | | | | |
| | | | | | | |

| M/Info | |
|------------|--|
| 1.4 | Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI |
| a. | <input type="checkbox"/> Regelprüfung |
| b. | <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftiger, 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 |

| M/Info | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|----------|
| 1.5 | Versorgungssituation | | | | |
| | | davon Leistungsempfänger nach: | | | |
| Gesamt | | Ausschließ-lich SGB XI | Ausschließ-lich SGB V | SGB XI und SGB V | Sonstige |
| Versorgte Personen | | | | | |
| davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte | | | | | |

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

| M/Info | | ja | nein |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.7 | Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Wenn ja, welcher? | | |

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.8 | 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. | 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"/> | | |

| M/Info | | ja | nein |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.9 | 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

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 | Räumliche Ausstattung: | | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | | |
| 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 Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | | |
| d. | Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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

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

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

| | | ja | nein | E. | |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| B | | | | | |
| 2.5 | Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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

3. Aufbauorganisation Personal

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

| Info | | 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"/> |

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

| Info | |
|------------|---|
| 3.4 | Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst? |
| | Stunden <input style="width: 150px;" type="text"/> |

| | | 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? <input style="width: 150px;" type="text"/> | | | |

| | | 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 | | | | | | |
| Geeignete Kräfte: | Vollzeit ... Stunden/ Woche | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | | Gesamtstellen in Vollzeit |
| | Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen- umfang | Anzahl MA | Stellen- umfang | |
| Verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Altenpfleger/in | | | | | | |
| (Gesundheits- und) Krankenpfleger/in | | | | | | |
| (Gesundheits- und) Kinderkranken- pfleger/in | | | | | | |
| Heilerziehungspfleger/in | | | | | | |
| Krankenpflegehelfer/in | | | | | | |
| Altenpflegehelfer/in | | | | | | |
| angelernete Kräfte | | | | | | |
| Auszubildende | | | | | | |
| Bundesfreiwilligendienstleistende | | | | | | |
| Freiwilliges soziales Jahr | | | | | | |
| Sonstige | | | | | | |
| Betreuung | | | | | | |
| Mitarbeiter Betreuung | | | | | | |
| Hilfen bei der Haushaltsführung | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Mitarbeiter | | | | | | |

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"/> |

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.3 | Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | ja | nein | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.4 | Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor? | | | <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"/> | |

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

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

| | | M/B | ja | nein | E. |
|-----|---|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.3 | Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | M/B | | | |
| a. | aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 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"/> | |

| M/T31/B | | ja | nein | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.4 | Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen 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 Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | | |
| 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 Ansprechpartner im Konzept benannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| e. | Differenzierung nach Qualifikation der 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"/> | |

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

| 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"/> |

| M/T30/B | | 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

| | | 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 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"/> | |

| | | 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 Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | ja | nein | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.3 | Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung? | | | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | |
| 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"/> | |

| | | ja | nein | E. |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/B | | | | |
| 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"/> |

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)

7. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | |
|--------|-----------------|---------|-----------------------|
| 7.1 | Auftragsnummer: | | |
| | Datum | Uhrzeit | Nummer Erhebungsbogen |
| | | | |

| M/Info | | | | ja | nein | |
|--------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| 7.2 | Angaben zum Pflegebedürftigen | | | | | |
| a. | Name | | | | | |
| b. | Pflegekasse | | | | | |
| c. | Geburtsdatum | | | | | |
| d. | Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst | | | | | |
| e. | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes | | | | | |
| f. | Pflegegrad | | | | | |
| | <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 § 37 SGB V | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| i. | Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| M/Info | | |
|--------|---|--|
| 7.3 | Anwesende Personen | |
| a. | Name des Gutachters | |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes | |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer) | |

8. Behandlungspflege

| Nr. | Vorbelegung | Prüffrage |
|------|-------------|---|
| 8.1 | t. n. z. | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? |
| 8.2 | t. n. z. | Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? |
| 8.3 | t. n. z. | Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? |
| 8.4 | t. n. z. | Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? |
| 8.5 | t. n. z. | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? |
| 8.6 | t. n. z. | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |
| 8.7 | t. n. z. | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |
| 8.8 | t. n. z. | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? |
| 8.9 | t. n. z. | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? |
| 8.10 | t. n. z. | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? |
| 8.11 | t. n. z. | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? |
| 8.12 | t. n. z. | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? |
| 8.13 | t. n. z. | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? |
| 8.14 | t. n. z. | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? |
| 8.15 | t. n. z. | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? |
| 8.16 | t. n. z. | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? |
| 8.17 | t. n. z. | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? |
| 8.18 | t. n. z. | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? |
| 8.19 | t. n. z. | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? |
| 8.20 | t. n. z. | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 8.21 | t. n. z. | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 8.22 | t. n. z. | Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen? |
| 8.23 | t. n. z. | Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? |
| 8.24 | t. n. z. | Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? |
| 8.25 | t. n. z. | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? |
| 8.26 | t. n. z. | Beschreibung vorliegender Wunden |
| 8.27 | t. n. z. | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) |
| 8.28 | t. n. z. | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar? |

QPR TEIL 1 – AMBULANTE PFLEGE – ANLAGE 1: ERHEBUNGSBOGEN

| | | |
|------|----------|---|
| 8.29 | t. n. z. | Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? |
| 8.30 | t. n. z. | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)? |
| 8.31 | t. n. z. | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? |
| 8.32 | t. n. z. | Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? |
| 8.33 | t. n. z. | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? |

| M/T25/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.1 | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.2 | Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.3 | 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. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.4 | Werden bei beatmungspflichtigen Menschen 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"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.5 | 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.6 | 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. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.7 | 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.8 | 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. |
| 8.9 | 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. |
| 8.10 | 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. |
| 8.11 | 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. |
| 8.12 | 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. |
| 8.13 | 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. |
| 8.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
| 8.15 | 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. |
| 8.16 | 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. |
| 8.17 | 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. |
| 8.18 | 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.20 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

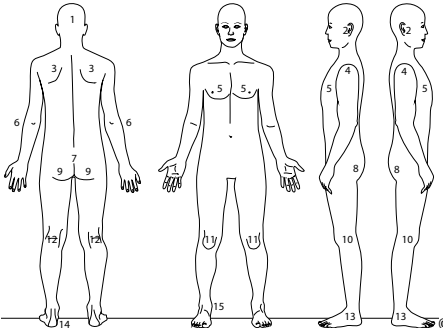
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.21 | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/Info | | nein |
|--------|---|--------------------------|
| 8.22 | Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> |
| | ja: | |
| | akute Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| | chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| | Von: | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.23 | Erhält der Pflegebedürftige 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. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.24 | 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. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.25 | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/Info | | t. n. z. | | | | | | |
|------------|--|--|---|---|---|---|---|-------------------------------|
| 8.26 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| |  <p style="text-align: right; font-size: small;">©Lisa Apfelbacher 2016</p> | Legende: 1 Hinterkopf 2 Ohrmuschel 3 Schulterblatt 4 Schulter 5 Brustbein 6 Ellenbogen 7 Sacralbereich 8 großer Rollhügel 9 Gesäß 10 Knie außen 11 Kniescheibe 12 Knie innen 13 Knöchel außen 14 Fersen 15 Knöchel innen | | | | | | |
| Wunde 1 | Art | Dekubitus <input type="checkbox"/> | Ulcus Cruris <input type="checkbox"/> | Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/> | sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/> | sonstige nicht chronische Wunde <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"/> | | | | |

| M/Info | | t. n. z. |
|--------|--|--------------------------|
| 8.27 | 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. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.28 | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T18/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.29 | 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"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.30 | 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. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.31 | 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. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.32 | 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. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.33 | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Mobilität

| M/Info | |
|------------|--|
| 9.1 | Pflegebedürftigen angetroffen: |
| a. | <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. | <input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | | ja | nein |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 9.2 | 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 | | |

| M/T14/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.3 | Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/Info | | ja | nein |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 9.4 | Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.5 | Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/Info | | ja | nein |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 9.6 | Liegt ein Dekubitusrisiko vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.7 | Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen 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. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.8 | 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. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.9 | Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebe-schonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vor-genommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | | |
|-------------|--|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 10.1 | 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. | 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 | | | | | |
|-------------|---|---|-----------|-----------|------|
| 10.2 | Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: | | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | Beschreibung | | | |
| | | <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 |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 10.3 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| M/Info | | ja | nein |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|
| 10.4 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| M/T6/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.5 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger 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. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.6 | 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. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.7 | 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. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.8 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger 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. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.9 | 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. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.10 | 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. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.11 | 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"/> |

11. Ausscheidung

| M/Info | | t. n. z. |
|-------------|--|--------------------------|
| 11.1 | Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: | <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 |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 11.2 | Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.3 | Werden Pflegebedürftige/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. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.4 | 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. |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.5 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Umgang mit Demenz

| M/Info | | ja | nein |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 12.1 | 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/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.2 | Werden Pflegebedürftige/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"/> |

| M/T15/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.3 | 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"/> |

| M/T16/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.4 | 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"/> |

13. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| M/Info | | |
|--------|---|---|
| 13.1 | 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 | | |
|--------|--|--|
| 13.2 | 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. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.3 | Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T2/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.4 | 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"/> |

| M/T17/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.5 | Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.6 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.7 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

| M/Info | | ja | nein |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.1 | Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Freitext:

| M/Info | | t. n. z. |
|--------|---|--------------------------|
| 14.1.2 | Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |

Geprüfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

| M/Info | |
|--------|--|
| 14.1.3 | Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |

keine

Freitext:

| M/Info | |
|--------|--|
| 14.1.4 | Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? |

keine

Freitext:

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.5 | 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:

- Leistung gar nicht erbracht
- Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht
- Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht
- Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
- Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein
- Fehlende Handzeichen
- Sonstiges, welche:

Freitext:

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.6 | 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, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

| M/Info | | t. n. z. |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| 14.1.7 | Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | | |
| Freitext: | | |

| M/Info | |
|--------------------------------|--|
| 14.1.8 | Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| Freitext: | |

| M/Info | |
|--------------------------------|--|
| 14.1.9 | Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| Freitext: | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.10 | 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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.11 | 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 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, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

| M/Info | | t. n. z. |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| 14.1.12 | Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | | |
| Freitext: | | |

| M/Info | |
|--------------------------------|---|
| 14.1.13 | Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| Freitext: | |

| M/Info | |
|--------------------------------|---|
| 14.1.14 | 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. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.15 | 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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.16 | 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:

- Abrechnungsausschlüsse missachtet
- Leistung nicht vollständig erbracht
- Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen
- Sonstiges, welche:

Freitext:

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

| M/Info | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---|------------------------|---|------------|--------|------------------|-----|
| 14.2.1 | | Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 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. | 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, Toiletentraining | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toiletentraining | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ernährung | verordnet | <input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr Sondennahrung, <input type="checkbox"/> Verabreichen von | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr Sondennahrung, <input type="checkbox"/> Verabreichen von | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hauswirtschaftliche Versorgung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

M/Info

14.2.1 Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|--------|--------------------------|--|-----------|--|------------|--------|------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Absaugen | verordnet | <input type="checkbox"/> Obere Luftwege | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronchiallavage) | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Obere Luftwege | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronchiallavage) | | | | |
| 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 | | | | | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Blutzuckermessung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Dekubitusbehandlung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Drainagen, Überprüfen, Versorgen | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 14 | <input type="checkbox"/> | Einlauf/Klistier/ Klyisma und digitale Enddarmausräumung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 15 | <input type="checkbox"/> | Flüssigkeitsbilanzierung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

M/Info

14.2.1 Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|------------|--------|------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 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. | | | | | | | | |
| 19 | <input type="checkbox"/> | Injektionen, Richten von | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 20 | <input type="checkbox"/> | Instillation | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 21 | <input type="checkbox"/> | Kälteträger, Auflegen von | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 22 | <input type="checkbox"/> | Katheter, Versorgung eines suprapubischen | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 23 | <input type="checkbox"/> | Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 24 | <input type="checkbox"/> | Krankenbeobachtung, spezielle | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

M/Info

14.2.1 Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|--------|--------------------------|--|-----------|--|------------|--------|------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 25 | <input type="checkbox"/> | Magensonde, Legen und Wechseln | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 26 | <input type="checkbox"/> | Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Inhalationen, Inhalationen) | verordnet | <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen | | | | |
| 26a | <input type="checkbox"/> | Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 27 | <input type="checkbox"/> | Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 27a | <input type="checkbox"/> | Psychiatrische Krankenpflege | verordnet | <input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln | | | | |
| | | | genehmigt | <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 zentralen | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

| M/Info | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|---|-----------|--|------------|-----------|---------------------|-----|
| 14.2.1 | | Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? | | | | | | |
| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 31 | <input type="checkbox"/> | Verbände | verordnet | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Wechseln von Wundverbänden | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Abnehmen Kompressions- verband | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressions- strümpfe/ Strumpfhose | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Wechseln von Wundverbänden | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Abnehmen Kompressions- verband | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressions- strümpfe/ Strumpfhose | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden | | | | |

Freitext

| M/Info | | t. n. z. |
|--------------------------------|--|--------------------------|
| 14.2.2 | Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |
| Geprüfter Abrechnungszeitraum: | | |
| Freitext: | | |

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2.3 | 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:

- Leistung gar nicht erbracht
- Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht
- Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht
- Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
- Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein
- Fehlende Handzeichen
- Sonstiges, welche:

Freitext:

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2.4 | 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:

- Abrechnungsausschlüsse missachtet
- Leistung nicht vollständig erbracht
- Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet
- Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen
- Leistung war nicht erforderlich
- Sonstiges, welche:

Freitext:

| M/Info | | t. n. z. |
|--------|--|--------------------------|
| 14.2.5 | 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"/> |

Gepürfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2.6 | 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:

- Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht
- Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht
- Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht
- Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht
- Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht
- Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht
- Sonstiges, welche:

Freitext:

14.3 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

| M/Info | |
|--------|---|
| 14.3.1 | Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung |

Freitext:

15. Sonstiges

(Freitext)

Erhebungsbogen zur Befragung des Leistungsbeziehers

16. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

| M/Info | | | |
|--------|-----------------|---------|-----------------------|
| 16.1 | Auftragsnummer: | | |
| | Datum | Uhrzeit | Nummer Erhebungsbogen |
| | | | |

| M/Info | | | | ja | nein | |
|--------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| 16.2 | Angaben zum Pflegebedürftigen | | | | | |
| a. | Name | | | | | |
| b. | Pflegekasse | | | | | |
| c. | Geburtsdatum | | | | | |
| d. | Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst | | | | | |
| e. | Pflegegrad | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| f. | Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| g. | Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| M/T36/B | | ja | nein | k. A. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.3 | 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.4 | 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.5 | Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T39/B | | ja | nein | k. A. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.6 | Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QPR TEIL 1 – AMBULANTE PFLEGE

ANLAGE 2

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

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 beim pflegebedürftigen Menschen 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 = Mitarbeiter⁷
- PFK = Pflegefachkraft

⁷ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

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

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

| M/Info | |
|--------|----------------|
| 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 1 QPR.

| 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. | Name des Ansprechpartners für die DCS | |
| s. | E-Mail des Ansprechpartners für die DCS | |
| t. | Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS | |
| u. | Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS | |

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.

Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung

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

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).

Zertifizierung

Nach Möglichkeit sollte das Zertifizierungsunternehmen im Freitext benannt werden.

| M/Info | | | | | | | |
|------------|--|--|-----|-----|------------|------------|--|
| 1.3 | Daten zur Prüfung | | | | | | |
| a. | Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen | <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS <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 | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td>TT.MM.JJJJ</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table> | von | bis | TT.MM.JJJJ | TT.MM.JJJJ | |
| von | bis | | | | | | |
| TT.MM.JJJJ | TT.MM.JJJJ | | | | | | |
| d. | Uhrzeit | | | | | | |
| | 1. Tag | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | von | bis | | | |
| von | bis | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 2. Tag | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | von | bis | | | |
| von | bis | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 3. Tag | <table border="1"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | von | bis | | | |
| von | bis | | | | | | |
| | | | | | | | |
| e. | Gesprächspartner des Pflegedienstes | <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| f. | Prüfende(r) Gutachter | <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| g. | An der Prüfung Beteiligte <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche? | Namen <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| h. | Ansprechpartner des MDK/ PKV-Prüfdienstes | Name <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> E-Mailadresse <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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.

| M/Info | |
|------------|--|
| 1.4 | Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI |
| a. | <input type="checkbox"/> Regelprüfung |
| b. | <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftiger, 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 |

| M/Info | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|
| 1.5 | Versorgungssituation | | | |
| Gesamt | | davon Leistungsempfänger nach: | | |
| | | Ausschließ-lich SGB XI | Ausschließ-lich SGB V | SGB XI und SGB V |
| Versorgte Personen | | | | |
| davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 1.5:

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

Als Leistungsempfänger SGB XI gelten nur Sachleistungsbezieher nach § 36 SGB XI.

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 Pflegebedürftige mit: |
| a. | Wachkoma |
| b. | Beatmungspflicht |
| c. | Dekubitus |
| d. | Blasenkatheter |
| e. | PEG-Sonde |
| f. | Fixierung |
| g. | Kontraktur |
| h. | vollständiger Immobilität |
| i. | Tracheostoma |
| j. | MRSA |

Erläuterung zur Prüffrage 1.6:

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

| M/Info | | ja | nein |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.7 | Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Wenn ja, welcher? | | |

Erläuterung zur Prüffrage 1.7:

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 Menschen, Pflege aids-kranker Patienten, Pflege beatmungspflichtiger Patienten, pädiatrische Pflege, Pflege von Patienten im Wachkoma.

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.8 | Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt? | | | | |
| B | | | | | |
| 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 1.8:

Bei der Beantwortung der Frage sind die vertraglich vereinbarten Grundlagen zu berücksichtigen (z. B. Versorgungsvertrag). „T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn die Frage 1.7 mit „nein“ beantwortet wurde.

| M/Info | | ja | nein |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.9 | 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 1.9:

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 auftraggebenden 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 Wundberatern ist hier nicht zu erfassen.

2. Allgemeine Angaben

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 | Räumliche Ausstattung: | | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | | |
| 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 Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| B | | | | | |
| d. | Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | ja | nein | | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| M/T27/B | | | | | |
| 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 Mitarbeiter) und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.

| | | ja | nein | | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| M/T26/B | | | | | |
| 2.3 | Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag 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 Kostenvoranschläge vor Abschluss eines Pflegevertrages erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvoranschlagsmuster, Pflegevertragsmuster sofern die Kostenvoranschläge Bestandteil des Vertragsangebot umfassen oder andere geeignete Nachweise wie z. B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss den pflegebedürftigen Menschen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt.

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

| B | | ja | nein | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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.

| B | | ja | nein | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.5 | Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen? | <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 Mitarbeiter verbindlich geregelt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| | B | | | | |
| a. | Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | M/T32/B | | | | |
| b. | Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | B | | | | |
| 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"/> | | |
| | B | | | | |
| d. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | | |
| e. | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | B | | | | |
| 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"/> | |
| | M/T33/B | | | | |
| g. | Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Ausfüllanleitung zu 3.1b:

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 Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer oder angelernten Kräfte vom Pflegedienst beschäftigt werden.

Ausfüllanleitung zu 3.1g:

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

| Info | | 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 |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| B | | | |
| a. | Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| b. | ausreichende Berufserfahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| c. | sozialversicherungspflichtige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B | | | |
| 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. bis d. genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

| 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"/> |

| | | 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 | | | | | | |
| Geeignete Kräfte: | Vollzeit ... Stunden/ Woche | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | | Gesamtstellen in Vollzeit |
| | Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen- umfang | Anzahl MA | Stellen- umfang | |
| Verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft | | | | | | |
| Altenpfleger/in | | | | | | |
| (Gesundheits- und) Krankenpfleger/in | | | | | | |
| (Gesundheits- und) Kinderkranken- pfleger/in | | | | | | |
| Heilerziehungspfleger/in | | | | | | |
| Krankenpflegehelfer/in | | | | | | |
| Altenpflegehelfer/in | | | | | | |
| angelernte Kräfte | | | | | | |
| Auszubildende | | | | | | |
| Bundesfreiwilligendienstleistende | | | | | | |
| Freiwilliges soziales Jahr | | | | | | |
| Sonstige | | | | | | |
| Betreuung | | | | | | |
| Mitarbeiter Betreuung | | | | | | |
| Hilfen bei der Haushaltsführung | | | | | | |
| hauswirtschaftliche Mitarbeiter | | | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

Mitarbeiter mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten. Nur die Mitarbeiter sind in die Liste aufzunehmen, die in der Pflegeeinrichtung direkt beschäftigt sind. Mitarbeiter externer Leistungserbringer bleiben in der Tabelle unberücksichtigt.

Die Tabelle im Erhebungsbogen gibt einen Überblick über die Personalzusammensetzung. In den Spalten Voll-/Teilzeit und geringfügig Beschäftigte ist die Gesamtanzahl der 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 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 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"/> |

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 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 grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

| | | ja | nein | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.4 | Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor? | | | <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"/> | |
| | | ja | nein | E. |
| 4.5 | Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor? | | | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | |
| a. | Datum der Gültigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | | |
| b. | tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| M/B | | | | |
| c. | Angabe der verantwortlichen Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ja | nein | E. |
| M/T34/B | | | | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 | Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? | <input type="checkbox"/> | <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 E-Mails zugesandt werden können.

5. Qualitätsmanagement

| M/B | | ja | nein | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 | Liegt die Verantwortung für das Qualitäts-management 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).

| M/B | | 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.

Der Expertenstandard zum pflegerischen Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen ist im April 2015 abschließend veröffentlicht worden. Seit April 2016 kann dieser Expertenstandard in die Prüfung einbezogen werden.

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 standard-spezifische 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.

| | | ja | nein | E. |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.3 | Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? | | | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | |
| a. | aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 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 einem Mitarbeiter zugeordnet werden kann.

| M/T31/B | | ja | nein | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.4 | Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden? | <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 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.

| | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.5 | Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| B | | | | | |
| 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 Ansprechpartner im Konzept benannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| B | | | | | |
| e. | Differenzierung nach Qualifikation der 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 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 Mitarbeiter eingestellt wurden.

| M/T29/B | | ja | nein | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.6 | Werden die 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 zwei Jahren durchgeführt wurden.

Bei einer Stichprobe von 10 % der Mitarbeitenden, die mindestens ein 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 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).

| M/T30/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 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/muss allen 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 Mitarbeitern abgezeichnete Dienst-anweisungen und/oder durch Befragungen der 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-assoziiierter 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 Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt | <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 Pflegebedürftigen 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 Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung? | | | <input type="checkbox"/> |
| M/B | | | | |
| 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"/> | |

Erläuterung zur Prüffrage 6.3:

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

| M/B | | 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"/> |

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:

- Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes sind über Hygiene und Vorsichtsmaßnahmen zu informieren und ggf. zu schulen.
- Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind über Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen zu informieren.
- MRSA-Patienten sind möglichst zum Schluss einer Pflorgetour 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 Mitarbeiter durchgeführt werden.

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)

Allgemeine Hinweise:

Für die Prüfung der auf den Pflegebedürftigen 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.

7. Allgemeine Angaben

| M/Info | | | |
|--------|-----------------|---------|-----------------------|
| 7.1 | Auftragsnummer: | | |
| | Datum | Uhrzeit | Nummer Erhebungsbogen |
| | | | |

| M/Info | | | | ja | nein | |
|--------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| 7.2 | Angaben zum Pflegebedürftigen | | | | | |
| a. | Name | | | | | |
| b. | Pflegekasse | | | | | |
| c. | Geburtsdatum | | | | | |
| d. | Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst | | | | | |
| e. | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes | | | | | |
| f. | Pflegegrad | | | | | |
| | <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 § 37 SGB V | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| i. | Ist der Pflegebedürftige mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| M/Info | | |
|------------|---|--|
| 7.3 | Anwesende Personen | |
| a. | Name des Gutachters | |
| b. | Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes | |
| c. | Name des Mitarbeiters | |
| d. | sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer) | |

Erläuterung zu Prüffrage 7.3c:

Der Name des Mitarbeiters wird im Prüfbericht pseudonymisiert.

Erläuterung zu Prüffrage 7.3d:

Für die sonstigen Personen sind keine Namen anzugeben.

8. Behandlungspflege

Die Fragen zur Behandlungspflege werden nur bearbeitet, wenn die entsprechenden behandlungspflegerischen Maßnahmen ärztlich verordnet wurden.

Der ambulante Pflegedienst kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann 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 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 8.1, 8.6, 8.7, 8.16, 8.17, 8.19, 8.31, 8.34) sind die vereinbarten Ausfüllanleitungen maßgeblich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die vorgelegten Antworten der Prüffragen des Kapitels 8 „Behandlungspflege“:

| Nr. | Vorbelegung | Prüffrage |
|-----|-------------|---|
| 8.1 | t. n. z. | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? |
| 8.2 | t. n. z. | Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen? |
| 8.3 | t. n. z. | Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen? |
| 8.4 | t. n. z. | Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? |
| 8.5 | t. n. z. | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? |
| 8.6 | t. n. z. | Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |

QPR TEIL 1 – AMBULANTE PFLEGE – ANLAGE 2: PRÜFANLEITUNG ZUM ERHEBUNGSBOGEN

| | | |
|------|----------|---|
| 8.7 | t. n. z. | Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? |
| 8.8 | t. n. z. | Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen? |
| 8.9 | t. n. z. | Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen? |
| 8.10 | t. n. z. | Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen? |
| 8.11 | t. n. z. | Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen? |
| 8.12 | t. n. z. | Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen? |
| 8.13 | t. n. z. | Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen? |
| 8.14 | t. n. z. | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? |
| 8.15 | t. n. z. | Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen? |
| 8.16 | t. n. z. | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? |
| 8.17 | t. n. z. | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? |
| 8.18 | t. n. z. | Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen? |
| 8.19 | t. n. z. | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? |
| 8.20 | t. n. z. | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 8.21 | t. n. z. | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? |
| 8.22 | t. n. z. | Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen? |
| 8.23 | t. n. z. | Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? |
| 8.24 | t. n. z. | Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? |
| 8.25 | t. n. z. | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? |
| 8.26 | t. n. z. | Beschreibung vorliegender Wunden |
| 8.27 | t. n. z. | Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) |
| 8.28 | t. n. z. | Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar? |
| 8.29 | t. n. z. | Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? |
| 8.30 | t. n. z. | Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)? |
| 8.31 | t. n. z. | Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? |
| 8.32 | t. n. z. | Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? |
| 8.33 | t. n. z. | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? |

| M/T25/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.1 | Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 8.1:

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 dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit dem Arzt zur Folge haben.

Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn

- 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 des Prüfers werden ergänzend **Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal** befragt.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.2 | Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.2:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen mit atraumatischen Kathetern 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, wie und wann das Absauggerät desinfiziert wird.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.3 | Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.3:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- die Beatmungsform und Beatmungsparameter dokumentiert sind und mit den Einstellungen am Beatmungsgerät übereinstimmen,
- die Vitalparameter, hierbei auch die Schwellenwerte von Vitalparametern, dokumentiert sind, bei denen weitere pflegerische bzw. behandlungsrelevante Interventionen erfolgen müssen,

- bei Abweichungen von den vorgesehenen Schwellenwerten eine umgehende Information an den behandelnden Arzt nachvollziehbar ist,
- die Geräte bedienenden Pflegekräfte in das Beatmungsgerät eingewiesen sind (MPG bzw. MPBetreibV),
- die erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert sind und verwendet werden,
- für den Notfall in der Wohnung des Pflegebedürftigen ein manueller Beatmungsbeutel (Ambubeutel) mit Maske vorhanden ist,
- die Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert und nach hygienischen Kautelen durchgeführt werden,
- die Durchführung der verordneten und erforderlichen Maßnahmen sich nachvollziehbar darstellt,
- ein Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt aus den Pflegedokumentationsunterlagen nachvollziehbar ist und Kontaktadressen von externen Supportunternehmen (Homecare-Unternehmen) in der Pflegedokumentation dokumentiert sind.

Die Dokumentation und Durchführung der verordneten Maßnahmen hinsichtlich intensivmedizinischer Behandlungspflege wird am Prüftag in Augenschein genommen. Es erfolgt eine Überprüfung der vorhandenen Materialien.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.4 | Werden bei beatmungspflichtigen Menschen 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 8.4:

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

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.5 | Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.5:

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 den Arzt nachzuvollziehen sind,
- sich die Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang darstellt.

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

| M/T21/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.6 | 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 8.6:

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

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

| M/T22/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.7 | 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 des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.

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

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.8 | 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 dem Pflegemitarbeiter.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.9 | 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. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.10 | 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. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.11 | 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. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.12 | 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. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.13 | 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. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.14 | Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.14:

Bei dem Kriterium zur speziellen Krankenbeobachtung sind die kontinuierliche Beobachtung, die Interventionsbereitschaft, die Vitalzeichenkontrolle und deren Dokumentation einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden medizinisch-pflegerischen Maßnahmen, die anderweitig nicht erfasst werden können, zu bewerten.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.15 | 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.16 | Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 8.16:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T20/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.17 | Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 8.17

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 vom 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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.18 | 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.19 | Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 8.19:

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

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.20 | Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.20:

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. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.21 | Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.21:

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 Grundsatzstellungnahme Essen und Trinken im Alter (MDS 2014).

| M/Info | | nein |
|--------|---|--------------------------|
| 8.22 | Hat der Pflegebedürftige akute oder chronische Schmerzen? | <input type="checkbox"/> |
| | ja: | |
| | akute Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| | chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> | |
| | Von: | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | |

Erläuterung zur Prüffrage 8.22:

Hier nimmt 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 beim Pflegebedürftigen 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, der Puls und der Atemfrequenz.“ (DNQP, 2011)⁸

Unter chronischem Schmerz ist ein andauernder oder intermittierender Schmerz jedweder Genese zu verstehen. (DNQP, 2015)⁹

Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit dem Pflegebedürftigen 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.

⁸ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1 Aktualisierung. Osnabrück

⁹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück

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

Hat der Pflegebedürftige Schmerzen und erhält keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie, ist die Frage 8.23 mit „t. n. z.“ zu kreuzen. Das pflegerische Schmerzmanagement ist im Freitext unter 8.22 zu beschreiben.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.23 | Erhält der Pflegebedürftige 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 8.23:

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 des Pflegebedürftigen zu folgenden Inhalten erfolgte:

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

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

| M/B | | ja | nein | t.n.z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.24 | Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.24:

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 Form 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

Ferner muss eine Ersatzkanüle in der Regel eine Nummer kleiner als die reguläre Kanüle vorliegen und im Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Kanüle) das Offenhalten des Stomas gewährleisten (z. B. mittels Kilian-Nasenspekulum).

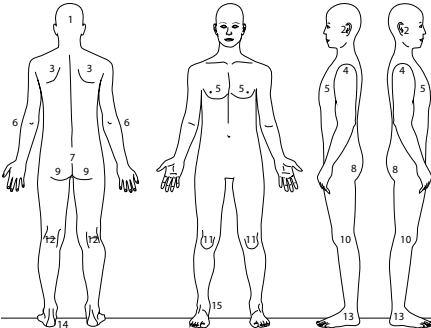
| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.25 | Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.25:

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 der Arzt informiert und die 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 dem Pflegemitarbeiter.

| M/Info | | t. n. z. | | | | | | |
|------------|---|---|--|---|---|---|---|-------------------------------|
| 8.26 | Beschreibung vorliegender Wunden | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| |  | | Legende: 1 Hinterkopf 2 Ohrmuschel 3 Schulterblatt 4 Schulter 5 Brustbein 6 Ellenbogen 7 Sacralbereich 8 großer Rollhügel 9 Gesäß 10 Knie außen 11 Kniescheibe 12 Knie innen 13 Knöchel außen 14 Fersen 15 Knöchel innen | | | | | |
| Wunde 1 | Art | Dekubitus <input type="checkbox"/> | Ulcus Cruris <input type="checkbox"/> | Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/> | sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/> | sonstige nicht chronische Wunde <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"/> | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 8.26:

8.26d ist nur bei Dekubitalulcera 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 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. | | | |
|--------|--|--------------------------|--|--|--|
| 8.27 | 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. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.28 | 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 8.28:

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

| M/T18/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.29 | 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 8.29:

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 Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

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

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.30 | 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. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.31 | 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. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.32 | Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 8.32:

Kompressionsstrümpfe/-verbände sind sachgerecht angelegt, wenn

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

Das Kriterium ist auch erfüllt,

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

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

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) bis 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) bis c) erfolgen sollte.

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

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.33 | Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 8.33:

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 Methicillinresistenten 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.

9. Mobilität

| M/Info | |
|------------|--|
| 9.1 | Pflegebedürftigen angetroffen: |
| a. | <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b. | <input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche |

| M/Info | | ja | nein |
|------------|---|--------------------------|-----------------------------------|
| 9.2 | 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 | | |

Erläuterung zur Prüffrage 9.2:

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.

| M/T14/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.3 | 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 9.3:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/Info | | ja | nein |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|
| 9.4 | Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

Erläuterung zur Prüffrage 9.4:

Hier nimmt 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. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.5 | Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen 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 9.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei 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 des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

| M/Info | | ja | nein |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|
| 9.6 | Liegt ein Dekubitusrisiko vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

Erläuterung zur Prüffrage 9.6:

Hier nimmt 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. |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.7 | Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen 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 9.7:

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 des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

| M/T12/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.8 | 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 9.8:

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 des Prüfers werden ergänzend pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T13/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.9 | 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 9.9:

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 des Prüfers werden ergänzend pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

10. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

| M/Info | | | | | |
|-------------|--|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 10.1 | 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. | 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 10.1d:

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

| M/Info | | | | t. n. z. | | | | |
|-------------|---|---|-----------|-----------|--------------------------|--|--|--|
| 10.2 | Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| a. | <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde | Beschreibung | | | | | | |
| | | <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 | | | | | | | |

| M/Info | | | | ja | nein |
|-------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 10.3 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | | | |
| | Gutachter beurteilt | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Pflegedienst übernommen | <input type="checkbox"/> | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 10.3:

Hier nimmt 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 beim Pflegebedürftigen darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Ernährung besteht.

Besteht zwischen 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 | | ja | nein |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 10.4 | Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

Erläuterung zur Prüffrage 10.4:

Hier nimmt 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 beim Pflegebedürftigen darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Flüssigkeitsversorgung besteht.

| M/T6/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.5 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger 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 10.5:

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. Arzt) hingewiesen wurde.

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

| M/T5/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.6 | 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 10.6:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T4/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.7 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 10.7:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T9/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.8 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger 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 10.8:

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. Arzt) hingewiesen wurde.

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

| M/T8/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.9 | 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 10.9:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T7/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.10 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 10.10:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T3/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.11 | 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 10.11:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

11. Ausscheidung

| M/Info | | t. n. z. |
|-------------|--|--------------------------|
| 11.1 | Der Pflegebedürftige ist versorgt mit: | <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 |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 11.2 | Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Von: | | |
| | Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> | | |
| | Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/> | | |

Erläuterung zur Prüffrage 11.2:

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 beim Pflegebedürftigen darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegetdefizit im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz besteht.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.3 | Werden Pflegebedürftige/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 11.3:

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 des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

| M/T10/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.4 | 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 11.4:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T11/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11.5 | 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 11.5:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

12. Umgang mit Demenz

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

| M/Info | | ja | nein |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 12.1 | 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/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.2 | Werden Pflegebedürftige/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 12.2:

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 des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

| M/T15/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.3 | 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 12.3:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflege-relevanten 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 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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.4 | 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 12.4:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn vom Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z. B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen).

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

Das Kriterium ist mit "trifft nicht zu" zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.

13. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

| M/Info | | |
|--------|---|---|
| 13.1 | 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 | | |
|--------|--|-----------------------------------|
| 13.2 | 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. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.3 | 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 13.3:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder das Pflegepersonal befragt.

| M/T2/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.4 | 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 13.4:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/T17/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.5 | Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausfüllanleitung zu 13.5:

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

| M/B | | ja | nein | E. |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.6 | Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 13.6:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

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

| M/B | | ja | nein | t. n. z. | E. |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.7 | Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erläuterung zur Prüffrage 13.7:

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 dem Arzt hinaus bzw. finden im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit dem Arzt statt (siehe 8.1).

14. Abrechnungsprüfung

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

| M/Info | | ja | nein |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.1 | Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.1:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein schriftlicher von der Pflegeeinrichtung und vom Pflegebedürftigen 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. |
|--------|---|--------------------------|
| 14.1.2 | Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |

Geprüfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.2:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage.

| M/Info | |
|--------|--|
| 14.1.3 | Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |

keine

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.3:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

| M/Info | |
|--------------------------------|---|
| 14.1.4 | Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| Freitext: | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.4:

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.

Die Prüffrage 14.1.4 umfasst bis zum 31.12.2016 die Abrechnung von Leistungen der Grundpflege.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.5 | 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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.5:

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. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.6 | 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:

- Abrechnungsausschlüsse missachtet
- Leistung nicht vollständig erbracht
- Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen
- Sonstiges, welche:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.6:

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. |
|--------|--|--------------------------|
| 14.1.7 | Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |

Gepürfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.7:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage.

| M/Info | |
|--------|---|
| 14.1.8 | Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |

- keine

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.8:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

| M/Info | |
|--------------------------------|---|
| 14.1.9 | Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| Freitext: | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.9:

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.

Die Prüffrage 14.1.9 umfasst bis zum 31.12.2016 die Abrechnung von Betreuungsleistungen.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.10 | 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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.10:

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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.11 | 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:

- Abrechnungsausschlüsse missachtet
- Leistung nicht vollständig erbracht
- Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen
- Sonstiges, welche:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.11:

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 | | t. n. z. |
|---------|--|--------------------------|
| 14.1.12 | Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |

Gepürfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.12:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertage.

| M/Info | |
|---------|--|
| 14.1.13 | Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt? |

- keine

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.13:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

| M/Info | |
|--------------------------------|---|
| 14.1.14 | Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart? |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| Freitext: | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.14:

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.

Die Prüffrage 14.1.14 umfasst bis zum 31.12.2016 die Abrechnung von Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.15 | 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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.15:

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. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1.16 | 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:

- Abrechnungsausschlüsse missachtet
- Leistung nicht vollständig erbracht
- Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet
- Qualifikationsanforderungen unterlaufen
- Sonstiges, welche:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.1.16:

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.

14.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

| M/Info | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|------------------------|---|------------|--------|------------------|-----|
| 14.2.1 | Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 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. | 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 Flüssigkeitszufuhr Sondennahrung, <input type="checkbox"/> Verabreichen von | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr Sondennahrung, <input type="checkbox"/> Verabreichen von | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Hauswirtschaftliche Versorgung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

M/Info

14.2.1 Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|-----------|--------------------------|--|-----------|---|------------|-----------|---------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Absaugen | verordnet | <input type="checkbox"/> Obere Luftwege | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronchiallavage) | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Obere Luftwege | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronchiallavage) | | | | |
| 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 | | | | | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Blutzuckermessung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Dekubitusbehandlung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Drainagen, Überprüfen, Versorgen | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 14 | <input type="checkbox"/> | Einlauf/Klistier/ Klyisma und digitale Enddarmausräumung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 15 | <input type="checkbox"/> | Flüssigkeitsbilanzie- rung | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

M/Info

14.2.1 Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|-----------|--------------------------|--|--------------------------------|--|------------|-----------|---------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 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, Richten von | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 20 | <input type="checkbox"/> | Instillation | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 21 | <input type="checkbox"/> | Kälteträger, Auflegen von | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 22 | <input type="checkbox"/> | Katheter, Versorgung eines suprapubischen | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 23 | <input type="checkbox"/> | Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 24 | <input type="checkbox"/> | Krankenbeobachtung, spezielle | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

M/Info

14.2.1 Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
|--------|--------------------------|--|-----------|--|------------|--------|------------------|-----|
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 25 | <input type="checkbox"/> | Magensonde, Legen und Wechseln | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 26 | <input type="checkbox"/> | Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Inhalationen, Inhalationen) | verordnet | <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> richten <input type="checkbox"/> verabreichen | | | | |
| 26a | <input type="checkbox"/> | Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 27 | <input type="checkbox"/> | Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |
| 27a | <input type="checkbox"/> | Psychiatrische Krankenpflege | verordnet | <input type="checkbox"/> erarbeiten <input type="checkbox"/> durchführen <input type="checkbox"/> entwickeln | | | | |
| | | | genehmigt | <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 zentralen | verordnet | | | | | |
| | | | genehmigt | | | | | |

| M/Info | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|---|-----------|--|------------|-----------|---------------------|-----|
| 14.2.1 | | Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden? | | | | | | |
| Pos LV | | Maßnahme | | Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie | Häufigkeit | | Dauer TT.MM.JJJJ | |
| | | | | | X tgl. | X wtl. | vom | bis |
| 31 | <input type="checkbox"/> | Verbände | verordnet | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Wechseln von Wundverbänden | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Abnahmen Kompressions- verband | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressions- strümpfe/ Strumpfhose | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden | | | | |
| | | | genehmigt | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Wechseln von Wundverbänden | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen/ Abnahmen Kompressions- verband | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressions- strümpfe/ Strumpfhose | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden | | | | |

Freitext

Erläuterung zur Prüffrage 14.2.1:

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 Pflegebedürftigen 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 | | t. n. z. |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| 14.2.2 | Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum | <input type="checkbox"/> |
| Gepürfter Abrechnungszeitraum: | | |
| Freitext: | | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.2.2:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2.3 | 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: | | | | |
| <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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.2.3:

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.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden alle von der Kasse genehmigten ärztlich verordneten Leistungen geprüft.

Beispielsweise Medikamentengabe dreimal täglich in Rechnung gestellt, aber nur zweimal täglich erbracht, abends übernehmen Angehörige oder der Versicherte nimmt die Medikamente selber.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2.4 | 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, welche: | | | | |
| Freitext: | | | | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.2.4:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Verträge nach § 132a Abs. 2 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 verordnungsfähig). Liegen bei der Prüfung eines privat versicherten Pflegebedürftigen 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 Haushalt/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 des Prüfers, festzustellen, ob eine im Haushalt lebende Person die Leistungen durchführen kann. Diese Feststellung obliegt dem verordnenden Vertragsarzt. Es geht ebenfalls nicht um die Frage der ärztlichen Indikation.

| M/Info | | t. n. z. |
|--------|--|--------------------------|
| 14.2.5 | 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 14.2.5:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage.

| M/B | | ja | nein | t. n. z. |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.2.6 | 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:

- Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht
- Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht
- Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht
- Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht
- Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht
- Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht
- Sonstiges, welche:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 14.2.6:

In die Qualitätsprüfung werden Personen einbezogen, die mindestens körperbezogene Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI erhalten. Aufgrund des Vorrangs der Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V vor den Sachleistungen nach § 36 SGB XI können 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. 2 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 eines privat versicherten Pflegebedürftigen 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 des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen bestehen,
- Handzeichen fehlen,
- Leistungen 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.

14.3 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

| M/Info | |
|---------------|---|
| 14.3.1 | Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung |
| Freitext: | |

Erläuterung zur Prüffrage 14.3.1:

Bei dieser Prüffrage kann der Prüfer sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung im Freitext geben, die sich nicht den Prüffragen in Kapitel 14 zuordnen lassen.

15. Sonstiges

(Freitext)

Erhebungsbogen zur Befragung des Leistungsbeziehers

16. 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 der Befragte allerdings sicher sein, dass er durch seine Urteile keine Sanktionen erfahren wird und 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 Prüfern erhobenen Daten zur Zufriedenheit der Pflegebedürftigen 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 Prüfer des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes sollen die Befragung der Pflegebedürftigen 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 der Leistungsbezieher sich bei einzelnen Fragen nicht vollständig zufrieden äußert, kann dies im Freitext erläutert werden.

Grundsätzlich sollte die Befragung nicht in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Pflegedienstes durchgeführt werden, es sei denn der Pflegebedürftige wünscht dies.

| M/Info | | | |
|--------|-----------------|---------|-----------------------|
| 16.1 | Auftragsnummer: | | |
| | Datum | Uhrzeit | Nummer Erhebungsbogen |
| | | | |

| M/Info | | ja | nein |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 16.2 | Angaben zum Pflegebedürftigen | | |
| a. | Name | | |
| b. | Pflegekasse | | |
| c. | Geburtsdatum | | |
| d. | Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst | | |
| e. | Pflegegrad | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| f. | Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T36/B | | ja | nein | k. A. |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.3 | 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. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.4 | 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. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.5 | 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 16.5:

Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.

| M/T39/B | | ja | nein | k. A. |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.6 | Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T40/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t. n. z. | k. A. |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.7 | 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 16.7:

Anmerkung: Einsatzbereitschaft bezieht sich analog der Frage 4.6/T34 immer auf die vereinbarten Leistungen.

| M/T42/B | | ja | nein | k. A. | | |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.8 | Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T45/B | | immer | häufig | geleg. | nie | k. A. | |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.9 | Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T41/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t. n. z. | k. A. |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.10 | Werden Sie von den 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"/> |

| M/T38/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t. n. z. | k. A. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.11 | Fragen die 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"/> |

| M/T44/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t. n. z. | k. A. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.12 | Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| M/T46/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t. n. z. | k. A. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.13 | 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"/> |

| M/T43/B | | immer | häufig | geleg. | nie | t. n. z. | k. A. |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.14 | 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 16.14:

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine begründeten Beschwerden vorlagen.

QPR TEIL 1 – AMBULANTE PFLEGE

ANLAGE 3

**Struktur und Inhalte des Prüfberichtes
für die ambulante Pflege**

Die Erstellung des Prüfberichtes erfolgt auf der Grundlage der QPR, Teil 1, ambulante Pflege und auf der Basis der Erhebungsbögen zur Prüfung im ambulanten Pflegedienst sowie zur Prüfung bei der/beim Pflegebedürftigen einschließlich der Befragung der/des Pflegebedürftigen. 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 zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Anlagen zum Prüfbericht

- Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst
- Erhebungsbögen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen
- Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der Pflegebedürftigen

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Prüfmaßstab

Im Prüfmaßstab werden die bundeseinheitlich geltenden Prüfgrundlagen und ggf. die landes-spezifischen Besonderheiten aufgelistet.

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 |
| | Teilprüfung | = T |
| 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 1.9 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 der Einrichtung sowie aus den Erhebungsbögen zur Prüfung bei der/beim Pflegebedürftigen dargestellt. Insbesondere ist der Umgang der Pflegeeinrichtung mit Pflegesituationen wie z. B. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Umgang mit Personen mit ärztlich festgestellten gerontopsychiatrischen Diagnosen und der Behandlungspflege 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 Pflegebedürftigen 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 zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Zu bestehenden Defiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährungsgrad der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Anlagen zum Prüfbericht

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst

Hier werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 2 bis 6** des Erhebungsbogens zur Prüfung der Einrichtung dargestellt.

Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Fragen, die für die Pflegeeinrichtung 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.

Erhebungsbögen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen

Hier werden die Erhebungsbögen für jede/jeden in Augenschein genommene/genommenen Pflegebedürftige/Pflegebedürftigen aufgenommen.

In **Kapitel 7** werden die allgemeinen Daten für die/den jeweils in Augenschein genommene/genommenen Pflegebedürftige/Pflegebedürftigen und der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters in anonymisierter Form dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 8 bis 15** des Erhebungsbogens zur Prüfung der/des jeweils in Augenschein genommenen Pflegebedürftigen dargestellt.

In den **Kapiteln 8 bis 15** wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jede Pflegebedürftige/jeden Pflegebedürftigen 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 der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Fragen, die für die Pflegebedürftige/den Pflegebedürftigen nicht zutreffen, werden nicht in den Prüfbericht übernommen. Die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung werden ebenso wie die Ergebnisse der Qualitätsprüfung dargestellt.

Antwortmöglichkeiten je Pflegebedürftiger/Pflegebedürftigem:

- ja
- nein

Kapitel 15 (Sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In **Kapitel 16** wird eine Befragung der in Augenschein genommenen Pflegebedürftigen zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

- immer/ja
- häufig
- gelegentlich
- nie/nein
- keine Angaben

PFLEGE-TRANSPARENZVEREINBARUNG AMBULANT (PTVA)

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die
Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach
§ 114 Abs. 1 SGB XI von ambulanten Pflegediensten

7. Dezember 2015

GKV-Spitzenverband¹⁰

Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

¹⁰ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI.

INHALT

| | | |
|-----------------|--|-----|
| Vorwort | | 144 |
| § 1 | Kriterien der Veröffentlichung in der ambulanten Pflege | 146 |
| § 2 | Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen | 146 |
| § 3 | Bewertungssystematik für die Kriterien | 146 |
| § 4 | Ausfüllanleitung für die Prüfer | 147 |
| § 5 | Darstellung der Prüfergebnisse | 147 |
| § 6 | Inkrafttreten und Kündigung | 147 |
| § 7 | Übergangsregelung | 147 |
| | | |
| Anlage 1 | Kriterien der Veröffentlichung | 149 |
| Anlage 2 | Bewertungssystematik | 153 |
| Anlage 3 | Ausfüllanleitung für die Prüfer | 157 |
| Anlage 4 | Darstellung der Prüfergebnisse | 172 |

Vorwort

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

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

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

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

In diesen Prüfungen werden die Ergebnisse sowie die hierfür erforderlichen Strukturen und Prozesse der Qualität der Leistungen von Pflegediensten geprüft.

Die Qualitätsprüfung zielt somit auf eine umfassende Prüfung aller Qualitätsebenen eines Pflegedienstes ab. Der Prüfungsumfang ist umfassender als die für die Pflege-Transparenzvereinbarung relevanten Kriterien. Die Qualitätsprüfung ist die Grundlage für die Bescheide der Landesverbände der Pflegekassen zur Beseitigung festgestellter Qualitätsmängel.

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

Gemäß § 115 Abs. 1a Satz 8 haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände – im Folgenden „die Vertragsparteien“ genannt – unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarung) vereinbart.

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

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

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

§ 1 Kriterien der Veröffentlichung in der ambulanten Pflege

- (1) Die Kriterien der Veröffentlichung der Leistungen und deren Qualität von ambulanten Pflegediensten sind in der Anlage 1 aufgelistet. Nach diesen Kriterien erfolgen die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach § 114a SGB XI.
- (2) Die Kriterien teilen sich in folgende vier Qualitätsbereiche auf:
 1. Pflegerische Leistungen
 2. Ärztliche verordnete pflegerische Leistungen
 3. Dienstleistung und Organisation
 4. Befragung der Pflegebedürftigen

§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen

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

§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien

- (1) Für die Bewertung der in der Anlage 1 aufgeführten Kriterien gelten folgende Grundsätze:
 - Die Prüfergebnisse der personenbezogenen Kriterien werden mit Anteilswerten (erfüllt bei „X“ von „Y“ Pflegebedürftigen) ausgewiesen.
 - Die Prüfergebnisse der einrichtungsbezogenen Kriterien werden mit „ja“ und „nein“ ausgewiesen.
 - Die Ergebnisse der Befragung der pflegebedürftigen Menschen werden mit folgenden vier Bewertungsgraduierungen bewertet: „immer/ja“, „häufig“, „gelegentlich“ oder „nie/nein“ erfüllt bei X von Y Pflegebedürftigen.
 - Alle Kriterien werden sowohl einzeln sowie jeweils zusammengefasst in einem der Qualitätsbereiche bewertet.
 - Aus allen Bewertungen der Kriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 3 wird das Gesamtergebnis der Prüfung ermittelt.
 - Die Prüfergebnisse werden mit Noten (sehr gut bis mangelhaft) benannt.
 - Dem Gesamtergebnis wird der Durchschnittswert im jeweiligen Bundesland gegenübergestellt. Die Veröffentlichung des Landesvergleichswertes erfolgt erst dann, wenn für mindestens
-

20 v. H. aller ambulanten Pflegedienste im Bundesland Ergebnisse auf Basis dieser Vereinbarung vorliegen.

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

§ 4 Ausfüllanleitung für die Prüfer

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

§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse

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

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 07.12.2015 in Kraft. Sie ist auf alle Qualitätsprüfungen anzuwenden, die ab dem 01.01.2017 durchgeführt werden. Auf alle Qualitätsprüfungen, die bis zum 31.12.2016 durchgeführt werden, ist weiterhin die Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten – Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) – vom 29.01.2009 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausfüllanleitung zu Anlage 3, Kriterium T 32 eb (Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?) bereits mit Wirkung ab dem 01.01.2016 um den Absatz „Bei einer Stichprobe von 10 % der Mitarbeitenden, die mindestens 1 Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind, werden Nachweise eingesehen“ ergänzt wird.

Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(2) Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter.

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

§ 7 Übergangsregelung

Für die Dauer von 12 Monaten ab dem 01.01.2017 wird bei der Veröffentlichung der Prüfergebnisse im Transparenzbericht auf der 1. Darstellungsebene folgender Hinweis gegeben: „Bitte beachten Sie, dass ein Einrichtungsvergleich nur auf der Grundlage von Berichten mit gleicher Prüfgrundlage und Bewertungssystematik möglich ist. Bewertungen auf der Grundlage der bis

zum 31.12.2016 gültigen alten Transparenzvereinbarung und Bewertung auf der Grundlage der seit dem 01.01.2017 geltenden neuen Transparenzvereinbarung sind nicht miteinander vergleichbar.“ Auf den Plattformen der Landesverbände der Pflegekassen wird der Transparenzbericht nach alter Rechtsgrundlage solange ausgewiesen, bis der Transparenzbericht nach neuer Rechtsgrundlage veröffentlicht wird. Dabei ist sicherzustellen, dass ein entsprechender Hinweis bereits bei Verwendung der Suchmasken der jeweiligen Plattformen gegeben wird. Berichte auf der neuen Rechtsgrundlage und solche auf Grundlage der alten Rechtsgrundlage werden für den Nutzer erkennbar farblich unterschiedlich dargestellt.

PTVA ANLAGE 1

Kriterien der Veröffentlichung

Bewertungskriterien für die Pflegequalität von ambulanten Pflegediensten

Qualitätsbereiche:

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

| Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen | |
|--|--|
| 1 | Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? |
| 2 | Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? |
| 3 | Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? |
| 4 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? |
| 5 | Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? |
| 6 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert? |
| 7 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? |
| 8 | Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? |
| 9 | Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert? |
| 10 | Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? |
| 11 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? |
| 12 | Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? |
| 13 | Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? |
| 14 | Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? |
| 15 | Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? |
| 16 | Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? |
| 17 | Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? |

Qualitätsbereich 2:**Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen**

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

Qualitätsbereich 3:**Dienstleistung und Organisation**

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

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

PTVA ANLAGE 2

Bewertungssystematik

1. Bewertungskriterien

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

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

2. Bewertungssystematik

2.1 Einzelbewertung der Kriterien

Personenbezogene Kriterien

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

T1 bis T25

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

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

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

Einrichtungsbezogene Kriterien

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

T26 bis T34

Befragung der pflegebedürftigen Menschen

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

| Bewertungsgraduierung | Skalenwert |
|-----------------------|------------|
| ja/immer | 10 |
| häufig | 7,5 |
| gelegentlich | 5 |
| nein/nie | 0 |

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

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

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

2.2 Bewertung der Qualitätsbereiche

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

Notenzuordnung

| Bezeichnung der Note | Skalenwert |
|--------------------------|--------------|
| sehr gut (1,0 – 1,4) | 9,31 – 10,00 |
| gut (1,5 – 2,4) | 7,91 – 9,30 |
| befriedigend (2,5 – 3,4) | 6,51 – 7,90 |
| ausreichend (3,5 – 4,4) | 5,11 – 6,50 |
| mangelhaft (4,5 – 5,0) | 0,00 – 5,10 |

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

2.3 Gesamtbewertung

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

3. Darstellung der Ergebnisse

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

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

Tabellenanhang

| Bezeichnung der Note | Note | Skalenwert | Bezeichnung der Note | Note | Skalenwert |
|----------------------|-------------|--------------|----------------------|-------------|-------------|
| sehr gut | 1,0 | 9,87 – 10,00 | ausreichend | 3,5 | 6,37 – 6,50 |
| | 1,1 | 9,73 – 9,86 | | 3,6 | 6,23 – 6,36 |
| | 1,2 | 9,59 – 9,72 | | 3,7 | 6,09 – 6,22 |
| | 1,3 | 9,45 – 9,58 | | 3,8 | 5,95 – 6,08 |
| | 1,4 | 9,31 – 9,44 | | 3,9 | 5,81 – 5,94 |
| gut | 1,5 | 9,17 – 9,30 | | 4,0 | 5,67 – 5,80 |
| | 1,6 | 9,03 – 9,16 | | 4,1 | 5,53 – 5,66 |
| | 1,7 | 8,89 – 9,02 | | 4,2 | 5,39 – 5,52 |
| | 1,8 | 8,75 – 8,88 | | 4,3 | 5,25 – 5,38 |
| | 1,9 | 8,61 – 8,74 | | 4,4 | 5,11 – 5,24 |
| | 2,0 | 8,47 – 8,60 | mangelhaft | 4,5 | 4,97 – 5,10 |
| | 2,1 | 8,33 – 8,46 | | 4,6 | 4,83 – 4,96 |
| | 2,2 | 8,19 – 8,32 | | 4,7 | 4,69 – 4,82 |
| 2,3 | 8,05 – 8,18 | 4,8 | | 4,55 – 4,68 | |
| 2,4 | 7,91 – 8,04 | 4,9 | | 4,41 – 4,54 | |
| 2,5 | 7,77 – 7,90 | 5,0 | | < 0 – 4,40 | |
| befriedigend | 2,6 | 7,63 – 7,76 | | | |
| | 2,7 | 7,49 – 7,62 | | | |
| | 2,8 | 7,35 – 7,48 | | | |
| | 2,9 | 7,21 – 7,34 | | | |
| | 3,0 | 7,07 – 7,20 | | | |
| | 3,1 | 6,93 – 7,06 | | | |
| | 3,2 | 6,79 – 6,92 | | | |
| | 3,3 | 6,65 – 6,78 | | | |
| | 3,4 | 6,51 – 6,64 | | | |

PTVA ANLAGE 3

Ausfüllanleitung für die Prüfer

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsbereiche:

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

Erläuterungen:

- pb: auf den pflegebedürftigen Menschen bezogene Kriterien
eb: einrichtungsbezogene Kriterien
-

Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen

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

| | |
|---------|---|
| 1 pb | <p>Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege sowie ggf. der Mund- und Zahnpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen individuellen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.</i></p> <p><i>Selbstverständlichkeiten wie die Berücksichtigung des Schamgefühls sind nicht gemeint.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder das Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 2 pb | <p>Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn keine Defizite bei der vereinbarten Leistung erkennbar sind. Die Frage ist auch mit „ja“ zu beantworten, wenn Defizite in der vereinbarten Körperpflege, erkennbar sind und der ambulante Pflegedienst nachvollziehbar seine fehlende Einwirkungsmöglichkeit dokumentiert hat.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 3 pb | <p>Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 4 pb | <p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 5 pb | <p>Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Pflegeleistungen zur Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Pflegedokumentation und die Inaugenscheinnahme erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |

Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen

| | |
|----------|---|
| 6 pb | <p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 7 pb | <p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 8 pb | <p>Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Risiken zur Ernährung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Pflegedokumentation und die Inaugenscheinnahme erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 9 pb | <p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Ernährungsrisiko erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 10 pb | <p>Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zu den Ausscheidungen in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |

Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen

| | |
|------------------|--|
| 11 pb | <p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 12 pb | <p>Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch körperbezogene Pflegemaßnahmen erhält, ein Dekubitusrisiko erkennbar ist und dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurde.</i></p> <p><i>Wenn ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, erfolgt die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn der körperbezogenen Pflegemaßnahmen. Danach soll in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 13 pb | <p>Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen die Leistung Lagern vereinbart ist und die dekubitusgefährdet sind Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher vorhandener Hilfsmittel, haut- und gewebeschonend durchgeführt wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |
| 14 pb | <p>Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Mobilität vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |

Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen

| | |
|----------|--|
| 15 pb | <p>Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn aus der Maßnahmenplanung ein inhaltlicher Bezug zur Biografie erkennbar ist. Nicht erforderlich ist, dass bei der Dokumentation einzelner Maßnahmen jeweils ein schriftlicher Begründungszusammenhang zu pflegerelevanten Biografieangaben hergestellt wird.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p> |
| 16 pb | <p>Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn vom Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z. B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen).</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p> |
| 17 pb | <p>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn anhand der Pflegedokumentation oder eines anderen schriftlichen Nachweises die Durchführung eines Erstgespräches belegt wird.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>– der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder</i> <i>– mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden konnte oder</i> <i>– wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat.</i> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation oder andere schriftliche Nachweise.</i></p> <p><i>Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.</i></p> |

Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

18 pb Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

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 Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

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

19 pb Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

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

Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

**23
pb** Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Injektionen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, in der Pflegedokumentation dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert hat.

Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation.

Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.

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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

**24
pb** Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?

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 der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.

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

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) bis 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) bis c) erfolgen sollte.

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

Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

25
pb

Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?

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

- 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 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation

| | |
|----------|--|
| 26 eb | <p>Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst nachweisen kann, dass er regelmäßig Kostenvoranschläge vor Abschluss eines Pflegevertrages erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvoranschlagsmuster, Pflegevertragsmuster sofern die Kostenvoranschläge Bestandteil des Vertragsangebot umfassen oder andere geeignete Nachweise, wie z. B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss den pflegebedürftigen Menschen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt. Entscheidend für den Kostenvoranschlag ist nicht der Leistungsbeginn sondern der Vertragsabschluss.</i></p> |
| 27 eb | <p>Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden (z. B. durch Aufbewahrung von Kundenakten in abschließbaren Schränken, bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter) und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.</i></p> |
| 28 eb | <p>Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine schriftliche Regelung für Mitarbeiter zum Umgang mit Notfällen bei pflegebedürftigen Kunden besteht (z. B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen der pflegebedürftige Mensch nicht öffnet).</i></p> |
| 29 eb | <p>Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst belegen kann, dass Schulungen in Erster Hilfe und zum Verhalten bei Notfallmaßnahmen in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als zwei Jahren durchgeführt wurden.</i></p> <p><i>Bei einer Stichprobe von 10 % der Mitarbeitenden, die mindestens ein Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind, werden Nachweise eingesehen.</i></p> |
| 30 eb | <p>Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Verfahrensanweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden besteht.</i></p> |
| 31 eb | <p>Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn ein prospektiver Fortbildungsplan in schriftlicher Form vorliegt und gleichzeitig eine Regelung dokumentiert wurde, die die Einbeziehung aller in der Grund- und/oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiter an Fortbildungen vorsieht.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn die Feststellung dokumentiert wurde, dass eine Fortbildung für den Planungszeitraum für bestimmte Mitarbeiter nicht erforderlich ist, z. B. weil sie auf dem aktuellen Stand des Wissens sind oder aufgrund einer un stetigen Beschäftigung oder einer längeren Abwesenheit.</i></p> |
| 32 eb | <p>Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die verantwortliche Pflegefachkraft vorliegt und mit der Festlegung der Verantwortungsbe reiche entsprechend der jeweils gültigen Vereinbarung nach § 113 SGB XI übereinstimmt.</i></p> |

Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation

| | |
|----------|---|
| 33 eb | Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt? |
| | <i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn in einer Stellenbeschreibung oder vergleichbaren Regelung die Aufgaben und Verantwortungsbereiche, hier insbesondere im Verhältnis zu den Pflegefachkräften, der in der Hauswirtschaft eingesetzten Mitarbeiter geregelt sind.</i> |
| 34 eb | Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? |
| | <i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst für die von ihm versorgten pflegebedürftigen Menschen ständig erreichbar ist und die vereinbarten Leistungen durchführt. Der Nachweis hierfür kann beispielsweise durch den Dienstplan geführt werden, wenn hierin Ruf-/Einsatzbereitschaftsdienst ausgewiesen ist. Eine ständige Erreichbarkeit ist nicht gegeben, wenn lediglich ein Anrufbeantworter erreichbar ist oder E-Mails zugesandt werden können.</i> |

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

| Qualitätsbereich 4: Befragung der pflegebedürftigen Menschen | |
|--|--|
| 35 | Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen? |
| 36 | Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen? |
| 37 | Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? <i>Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.</i> |
| 38 | Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? |
| 39 | Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? |
| 40 | War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? <i>Anmerkung: Einsatzbereitschaft bezieht sich analog der Frage 34 immer auf die vereinbarten Leistungen.</i> |
| 41 | Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? |
| 42 | Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege? |
| 43 | Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? <i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine begründeten Beschwerden vorlagen.</i> |
| 44 | Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre? |
| 45 | Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? |
| 46 | Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden? |

PTVA ANLAGE 4

Darstellung der Prüfergebnisse

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

Verfahren der Veröffentlichung

Die Landesverbände der Pflegekassen¹¹ übersenden die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse dem ambulanten Pflegedienst. Dieser kann den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Kalendertagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Die Frist beginnt mit dem Zugang der Benachrichtigung über die Einstellung des vorläufigen Pflege-Transparenzberichts. Die Benachrichtigung erfolgt grundsätzlich zu den üblichen Geschäftszeiten per E-Mail. Erfolgt die Benachrichtigung außerhalb der üblichen Geschäftszeiten, beginnt die Frist mit dem nächsten Werktag. Innerhalb dieser Frist können Hinweise zu der Veröffentlichung gegeben werden und sollen auch strittige Fragen zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Landesverbänden geklärt werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht.

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

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

¹¹ Es entspricht der Praxis, dass aufgrund von Absprachen in der Regel ein Landesverband für alle Landesverbände der Pflegekassen federführend tätig wird.

Darstellungsebene 1

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

| Feld | Bezeichnung/Beschreibung |
|-------------|--|
| 1 | Überschrift In dieses Feld wird die Überschrift der Veröffentlichung mit dem Titel „Qualität des ambulanten Pflegedienstes“ eingetragen. |
| 2 | Name des ambulanten Pflegedienstes Sofern es sich um einen Kinderkrankenpflegedienst handelt, ist unter dem Namen der Begriff „Kinderkrankenpflegedienst“ aufzunehmen. |
| 3 | Adresse des ambulanten Pflegedienstes In dieses Feld werden die Postleitzahl, der Ort, die Straße und die Hausnummer eingetragen. |
| 4 | Telefonnummer/Telefaxnummer In dieses Feld werden die Telefonnummer und die Telefaxnummer eingetragen. |
| 5 | E-Mailadresse und Internetadresse, ggf. verlinkt |
| 6 | Anzahl der versorgten Menschen |
| 7.1 | Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen |
| 7.2 | Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die an der Befragung der Kunden ¹² teilgenommen haben. |
| 8 | Überschrift „Qualitätsbereiche“ |
| 8.1 | Pflegerische Leistungen |
| 8.2 | Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird. |

¹² Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch in ihrer weiblichen Form.

- 8.3 Dienstleistung und Organisation
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 8.4 Gesamtergebnis
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den 37 Einzelkriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 3 auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 8.5 Befragung der pflegebedürftigen Menschen
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 9 Überschrift „Ergebnis-Qualitätsprüfung“
- 9.1 bis 9.5 In diese Felder werden die Noten der jeweiligen Qualitätsbereiche bzw. des Gesamtergebnisses sowohl numerisch als auch mit ihrer Bezeichnung eingetragen.
- 10 Überschrift „Durchschnitt im Bundesland“
- 10.1 Der Durchschnittswert im Bundesland ist nur einzutragen, wenn mindestens 20 % aller ambulanten Pflegedienste im Bundesland geprüft sind.
- 11 Die Überschrift „Erläuterungen zum Bewertungssystem“ soll verlinkt werden. Der Link führt zu einer entsprechenden laienverständlichen Erläuterung der Bewertungssystematik.
- 12 Die Überschrift „Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote“ wird verlinkt. Der Link führt zu einer Aufstellung der zwischen den Vertragspartnern nach § 89 SGB XI vereinbarten Leistungen.
- 13 Die Überschrift „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“ wird verlinkt. Der Link führt zu Angaben, die der ambulante Pflegedienst über Leistungsangebote und Strukturdaten macht, die über die im Feld 13 angegebenen Vertragsinhalte hinausgehen. Hier können z. B. Kinderkrankenpflegedienste auf ihr spezielles Leistungsangebot hinweisen. In dem Link ist deutlich darauf hinzuweisen, dass es sich um „Eigenangaben“ handelt und nicht um Prüfergebnisse oder vertraglich vereinbarte Angebote. Die Darstellung erfolgt entsprechend dem Muster 3. Die Darstellung darf eine Bildschirmseite im Umfang von 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen nicht überschreiten.

- 14 In dieses Feld ist das Datum der aktuellen Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI einzutragen.
- 15 Die Überschrift „Weitere Prüfergebnisse“ ist zu verlinken, wenn der ambulante Pflegedienst weitere Prüfergebnisse veröffentlichen möchte. Der Link führt zu Prüfergebnissen, die nicht aus einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI stammen. Die Prüfergebnisse müssen aber von einer externen Prüfeinrichtung stammen. Rein interne Qualitätsprüfergebnisse des ambulanten Pflegedienstes dürfen hier nicht veröffentlicht werden.
- 16 Die Überschrift „Kommentar des ambulanten Pflegedienstes“ wird verlinkt, wenn der geprüfte ambulante Pflegedienst sich zu dem Prüfergebnis äußern möchte. Der Kommentar darf keine unsachlichen und verunglimpfenden Inhalte enthalten sowie maximal eine Bildschirmseite mit einem Umfang von 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen umfassen.
- 17 Hier ist darzustellen, ob es sich bei der Qualitätsprüfung um eine Regel-, Anlass- oder Wiederholungsprüfung handelt. Ein Link führt zu Erläuterungen der Prüfungsarten.
- 18 In dem Feld 20 ist eine der Antwortkategorien „ja“ oder „nein“ auszufüllen, je nachdem, ob der ambulante Pflegedienst eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt hat oder nicht.
- 19 In dieses Feld wird die Notenskala mit folgenden Noten eingetragen: 1 sehr gut / 2 gut / 3 befriedigend / 4 ausreichend / 5 mangelhaft.
-

Muster 1**„1. Darstellungsebene“**

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

Muster 2**„2. Darstellungsebene“**

| Beispiel: Auszug aus Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ | | |
|--|---|---|
| 10 | Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? | Vollständig erfüllt bei 6 von 8 Pflegebedürftigen |
| 11 | Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? | Vollständig erfüllt bei 4 von 4 Pflegebedürftigen |
| 12 | Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? | Vollständig erfüllt bei 3 von 8 Pflegebedürftigen |
| 13 | Wird im Rahmen der vereinbarten Leistungen eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? | Vollständig erfüllt bei 5 von 6 Pflegebedürftigen |
| 14 | Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? | Vollständig erfüllt bei 8 von 8 Pflegebedürftigen |
| 15 | Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? | Vollständig erfüllt bei 4 von 8 Pflegebedürftigen |
| 16 | Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? | Vollständig erfüllt bei 4 von 6 Pflegebedürftigen |
| 17 | Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? | Vollständig erfüllt bei 7 von 8 Pflegebedürftigen |
| Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich | | 2,7 |

Muster 3**„Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“**

Die folgenden Angaben sind Selbstauskünfte des Pflegedienstes

Pflegedienstleitung:

Ansprechpartner für weitere Informationen:

Träger/Inhaber:

ggf. Verband:

Besonderheiten

Leistungsangebot

Ambulante Pflege

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

Spezialisierungen, Schwerpunkte und weitere Angebote



Theodor-Althoff-Str. 47, 45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de



Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de