

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

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

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 bei der versorgten Person keine Auswirkungen haben.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Die Anleitungstexte zu den Prüfkriterien sind in zwei Bereiche unterteilt:

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

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung
- ja
- nein
- t. n. z. = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe
- MA = Mitarbeiter¹
- PFK = Pflegefachkraft

¹ 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.

1 **Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst**
2 **(Struktur- und Prozessqualität)**
3
4
5

6 **1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst**

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

7
8 Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

9 Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf
10 die Berichtspflicht nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe Anlage 3 zu Teil 1
11 QPR.
12
13

<small>M/Info</small>	
1.2	Daten zum Pflegedienst
a.	Name
b.	Straße
c.	PLZ / Ort
d.	Institutions- kennzeichen (IK)
	1.
	2.
	3.
e.	Telefon
f.	Fax
g.	E-Mail
h.	Internet-Adresse
i.	Träger / Inhaber
j.	Trägerart
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
r.	Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V
s.	Name des Ansprechpartners für die DCS
t.	E-Mail des Ansprechpartners für die DCS
u.	Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS

- privat
 freigemeinnützig
 öffentlich
 nicht zu ermitteln

- liegt vor
 liegt nicht vor
 ja

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

Erläuterung zur Prüffrage 1.2:

Trägerart

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

Institutionskennzeichen (IK)

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

Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung

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

Zertifizierung

Nach Möglichkeit sollte das Zertifizierungsunternehmen im Freitext benannt werden.

Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V

Ob ein anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V vorliegt, ergibt sich aus dem Prüfauftrag oder aus Hinweisen des Pflegedienstes.

Leistungserbringung der speziellen Krankenbeobachtung

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

M/Info		
1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek	
b. Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst	
c. Datum		
	von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ	
d. Uhrzeit		
	1. Tag	von bis
	2. Tag	von bis
	3. Tag	von bis
e. 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	

1
2
3
4
5
6
7
8

Erläuterung zur Prüffrage 1.3:

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

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

1
2

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

3
4
5
6
7
8
9
10
11Erläuterung zur Prüffrage 1.5:

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

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

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

12
13
14
15
16Erläuterung zur Prüffrage 1.6:

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

<small>M/Info</small>	
1.7	Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:
a.	Ziffer 6 Absaugen
b.	Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
c.	Ziffer 12 Dekubitusbehandlung
d.	Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
e.	Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
f.	Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
g.	Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände)

1 Erläuterung zur Prüffrage 1.7:

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

4

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

5

6 Erläuterung zur Prüffrage 1.8:

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

9

10 „Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen
11 ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt
12 und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs.4 SGB XI) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung
13 während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“
14 (§ 72 Abs. 1 SGB XI)

15

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

19

20

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

21

22 Erläuterung zur Prüffrage 1.9:

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

25

26

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

Erläuterung zur Prüffrage 1.10:

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

2. Allgemeine Angaben

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

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

2.3 Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	ja	nein		E.
<small>M/T26/B</small>				
	<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.

2.4 Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?	ja	nein		E.
<small>B</small>				
	<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.

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

Erläuterung zur Prüffrage 2.5:

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

4
 5

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"/>

6

7 Erläuterung zur Prüffrage 2.6:

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

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

13

14

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

Ausfüllanleitung zu 3.1.b:

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

Erläuterung zu den Prüffragen 3.1d-f:

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

Ausfüllanleitung zu 3.1.g:

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

	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:		
<small>B</small>		
a. Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>		
b. ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>		
c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>		
d. Weiterbildung zur Leitungsqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.3:

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige verantwortliche Pflegefachkraft von den

1 Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit „ja“ zu beantworten. Eine weitere
 2 Überprüfung durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der
 3 verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst, ob die unter a. – d.
 4 genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

5
 6 Wenn der ambulante Pflegedienst mindestens eine Person versorgt, die Leistungen nach der Ziffer 24
 7 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie erhält, ist zusätzlich zu dieser Frage die Frage 7.2.1 in
 8 Kapitel 7 zu beantworten.

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

11 Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

12 Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft gibt Hinweise darüber, in welchem Umfang sie
 13 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?				

17 Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

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

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

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

25 Erläuterung zur Prüffrage 3.7:

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

Info						
3.8 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
Gesundheits- und Krankenpfleger/in						
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
Medizinische/r Fachangestellte/r						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst- leistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
Betreuung						
Mitarbeiter Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

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

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

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

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

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

4. Ablauforganisation

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

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

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.

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.3:

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

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

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

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

1
2

<small>M/T34/B</small>		ja	nein	E.
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"/>

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

Ausfüllanleitung zu 4.6:

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

5. Qualitätsmanagement

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

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

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

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

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.2:

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

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

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

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

		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 einer Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1
2 Erläuterung zur Prüffrage 5.3:
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.
4
5
6
7

		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"/>
M/T31/B				

8
9 **Ausfüllanleitung zu 5.4:**
10 *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.*
11
12

13
14 *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.*
15
16
17
18

		ja	nein	t. n. z.	E.
5.5	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?			<input type="checkbox"/>	<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"/>	

19
20 Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.5:
21 Wenn der ambulante Pflegedienst mindestens eine Person versorgt, die Leistungen nach der Ziffer 24
22 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie erhält, ist „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 7.4.1 für
23 alle Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zu beantworten.
24

25 Erläuterung zur Prüffrage 5.5g:
26 „T. n. z.“ ist anzukreuzen, wenn ein geeignetes Konzept vorliegt aber bisher nicht angewandt werden konnte,
27 weil seit Vorliegen des Konzeptes keine Mitarbeiter eingestellt wurden.
28
29

		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/T29/B				

30
31 **Ausfüllanleitung zu 5.6:**

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

4
 5 *Bei einer Stichprobe von 10 % der Mitarbeitenden, die mindestens 1 Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind,*
 6 *werden Nachweise eingesehen.*

7
 8

<small>MT28/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
5.7	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9

10 **Ausfüllanleitung zu 5.7:**

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

14

15

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

16

17 **Ausfüllanleitung zu 5.8:**

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

20

21

1
2
3**6. Hygiene**

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

4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.1:

Die innerbetrieblichen Verfahrensweisen/der Hygieneplan müssen 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 Dienstsanweisungen, 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"/>
<small>M/B</small>					
a.	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
c.	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
d.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
e.	Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

21
22
23
24
25
26
27Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.2:

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

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

1
2
3
4
5
6
7

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"/>

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

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

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

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

7. Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

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

7.1 Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst bei spezieller Krankenbeobachtung

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.1.1:

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

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

M/Info	
7.1.3 Über welche Anzahl (Vollzeitstellen) von Fachbereichsleitungen für beatmete Personen verfügt der Leistungserbringer?	
Anzahl Fachbereichsleitungen	

t. n. z.

Erläuterung zur Prüffrage 7.1.3:

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

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

7.2 Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung

		ja	nein	t. n. z.	E.
7.2.1	Die für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:				<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	Bei zu versorgenden Personen ab 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
b.	Bei zu versorgenden Personen unter 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
c.	<ul style="list-style-type: none"> - Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder - Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder - mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren und Fortbildung (mindestens 200 Stunden-Kurs eines strukturierten, berufsbegleitenden, von Fachgesellschaften bzw. pflegerischen Berufsverbänden anerkannten und durch Akkreditierung oder Zertifizierung qualitätsgesicherten Kursprogramms, welches mindestens den Anforderungen der DIGAB-Zertifizierung entspricht) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 7.2.1:

Mit verantwortlicher Pflegefachkraft ist die für den Bereich spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche pflegerische Leitung gemeint, dies kann auch die Fachbereichsleitung sein.

		ja	nein	t.n.z.	E.
7.2.2	Die Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensivspezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:				<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	<ul style="list-style-type: none"> - Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder - Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder - mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren oder - Fortbildung (mindestens 120 Stunden-Kurs eines strukturierten, berufsbegleitenden, von Fachgesellschaften bzw. pflegerischen Berufsverbänden anerkannten und durch Akkreditierung oder Zertifizierung qualitätsgesicherten Kursprogramms, welches mindestens den Anforderungen der DIGAB-Zertifizierung entspricht) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 7.2.2:

Sofern der ambulante Pflegedienst schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche versorgt, sind vorrangig Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen mit den o. g. (optionalen) Zusatzqualifikationen einzusetzen.

Erläuterung zur Prüffrage 7.2.2b:

„t.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn keine beatmeten Personen versorgt werden.

7.3 Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.3.1:

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.3.2a:

Übernahme umfasst sowohl die Erstaufnahme sowie die weiteren Übernahmen nach Aufhalten im Krankenhaus/Beatmungszentrum.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.3.2b:

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

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

7.4 Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.1 e.:

In dem Konzept muss dargelegt sein, dass die Einarbeitung der Mitarbeiter die unterschiedlichen Qualifikationen und Wissensstände (siehe 7.2.2.) berücksichtigt..

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.1 g.:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.2:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.4.3:

Die Prüffrage bezieht sich auf Beatmungsgeräte und Infusionsgeräte.

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

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

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

Allgemeine Hinweise:

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

11

8. Allgemeine Angaben

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:					
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

12

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

ja nein

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

1

2 Erläuterung zur Prüffrage 8.2d:3 Sofern der Pflegedienst Leistungen nach SGB XI und SGB V erbringt, ist der Beginn der Versorgung nach
4 SGB XI einzutragen..

5

6 Erläuterung zur Prüffrage 8.2f:7 „Kein Pflegegrad“ bzw. „Pflegegrad 1“ kann nur bei versicherten Personen mit Leistungsbezug ausschließlich
8 nach § 37 SGB V bzw. Leistungsbezug nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI angekreuzt werden.

9

10 Erläuterung zur Prüffrage 8.2g:11 Wenn bei versicherten Personen mit Leistungsbezug nach dem SGB XI (ausgenommen Leistungsbezug nach
12 § 28a Abs. 2 SGB XI) die Frage mit „ja“ beantwortet wird, ist das Kapitel 14 zu bearbeiten.

13

14

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

15

16

M/Info	
8.4	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)

17

18

19 Erläuterung zu Prüffrage 8.4c: Der Name des Mitarbeiters wird im Prüfbericht pseudonymisiert.

20

- 1 Erläuterung zu Prüffrage 8.4d: Für die sonstigen Personen sind keine Namen anzugeben.
- 2

9. Behandlungspflege

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

Der ambulante Pflegedienst kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn 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 9.1, 9.7, 9.8, 9.16, 9.17, 9.19, 9.29, 9.32) sind die vereinbarten Ausfüllanleitungen maßgeblich.

Spezifische Kriterien zur Palliativversorgung (Nr. 24a HKP-Richtlinie) sowie zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (Nr. 27a der HKP-Richtlinie) wurden hier nicht berücksichtigt, da sich die entsprechenden Regelung der HKP-Richtlinie in Erarbeitung bzw. Überarbeitung befinden.

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

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

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

1
2

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

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12**Ausfüllanleitung zu 9.1:**

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Patienten über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit 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.

13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

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

23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33**Erläuterung zur Prüffrage 9.2:**

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

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

34
35
36
37

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

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

44
45

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

46
47
48
49
50**Erläuterung zur Prüffrage 9.4:**

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten wenn:

- ein manueller Beatmungsbeutel (Ambubeutel) einschließlich einer Maske in greifbarer Nähe vorhanden ist,

- 1 - ein externer Akku für ein Beatmungsgerät vorhanden ist. Ein externer Akku (Kapazität mindestens 8 – 10
 2 Stunden) ist vorzuhalten, wenn bei der versorgten Person eine lebenserhaltende Beatmung vorliegt, sie sich
 3 die Maske nicht selbst entfernen kann und die Spontanatmungsfähigkeit zeitlich stark reduziert ist (tägliche
 4 Beatmungszeiten > 16 Stunden),
 5 - ein zweites Beatmungsgerät vorhanden ist. Die Indikation für ein zweites Beatmungsgerät ist gegeben,
 6 wenn die tägliche Beatmungsdauer mehr als 16 Stunden beträgt. In Ausnahmefällen kann auch schon
 7 früher ein zweites Beatmungsgerät notwendig sein, z. B. bei mobilen Personen mit Verwendung des
 8 Beatmungsgerätes am Rollstuhl. Die Beatmungsgeräte sowie die Geräteeinstellungen müssen identisch
 9 sein,
 10 - bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung mindestens eine Reservemaske in gleicher
 11 Größe vorhanden ist,
 12 - bei invasiv beatmeten Personen ein zweites Absauggerät vorhanden ist. Bei invasiv beatmeten Personen ist
 13 in der Regel ein leistungsstarkes Absauggerät erforderlich. Ein Ersatzgerät ist notwendig. Ein Gerät sollte
 14 netzunabhängig betrieben werden können, um bei Stromausfall oder Mobilität die Absaugung zu
 15 gewährleisten.
 16
 17

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

18
 19 Erläuterung zur Prüffrage 9.5:
 20 Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen
 21 Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung
 22 sachgerecht entsprechend dem Standard/Leitlinien/Richtlinien des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt
 23 wurden.
 24
 25

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

26
 27 Erläuterung zur Prüffrage 9.6:
 28 Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der
 29 ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der
 30 vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.
 31

- 32 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:
- 33 • eine gezielte Informationssammlung nachzuvollziehen ist
 - 34 • die Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens entsprechend erfolgt
 - 35 • hygienische Grundsätze berücksichtigt werden
 - 36 • Nachweise ausgewertet und Informationen an den Arzt nachzuvollziehen sind
 - 37 • sich die Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang darstellt.

38
 39 Diese Frage kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber
 40 informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine
 41 Verordnung nicht angepasst hat.
 42
 43

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

44
 45 Ausfüllanleitung zu 9.7:
 46 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt,
 47 dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht.*
 48
 49 *Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an
 50 den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht
 51 ausschließlich der Arzt.*

1
2 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln des Prüfers werden*
3 *ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*

MT22/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.8	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6
7 **Ausfüllanleitung zu 8.7:**

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

10
11 *Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an*
12 *den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht*
13 *ausschließlich der Arzt.*

14
15 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln*
16 *des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*

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

19
20 **Erläuterung zur Prüffrage 8.8:**

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

- 22
23 • dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde
24 • die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt
25 • die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
26 • nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

27
28 Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der
29 ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der
30 vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.

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

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

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

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

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
1	9.15 Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T19/B		ja	nein	t. n. z.	E.
2	9.16 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3
4
5 **Ausfüllanleitung zu 9.16:**

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

10
11 *Wenn die Applikationsform in der Pflegedokumentation nicht angegeben ist, dann ist regelhaft davon*
12 *auszugehen, dass die Applikation oral erfolgt.*

13
14 *Es ist zu überprüfen, ob für alle verordneten Medikamente eine ärztliche Verordnung vorliegt. Es ist zu*
15 *überprüfen, ob die verordneten Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies*
16 *nicht der Fall, muss aus der Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung*
17 *gegeben wurde.*

18
19 *Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der*
20 *ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens,*
21 *Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).*

22
23 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des*
24 *Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*

M/T20/B		ja	nein	t. n. z.	E.
25	9.17 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26
27 **Ausfüllanleitung zu 9.17**

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

31
32 *Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten*
33 *Medikamente in der Häuslichkeit oder im Pflegedienst vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, muss aus der*
34 *Pflegedokumentation hervorgehen, dass ein Hinweis für die Wiederbeschaffung gegeben wurde.*

35
36
37 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des*
38 *Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
39	9.18 Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T23/B		ja	nein	t. n. z.	E.
40	9.19 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"/>

41
42
43 **Ausfüllanleitung zu 9.19:**

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

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

2
3 *Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der*
4 *ärztlichen Verordnung entspricht (z. B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens,*
5 *Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).*

6
7 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des*
8 *Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*

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

11 Erläuterung zur Prüffrage 9.20:

12 Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der
13 ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der
14 vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.
15
16

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

18 Erläuterung zur Prüffrage 9.21:

19 Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der
20 ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der
21 vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter. Hinweise zur sachgerechten
22 Durchführung einer subkutanen Infusion ergeben sich aus der Grundsatzstellungahme Essen und Trinken im
23 Alter (MDS 2014).
24
25
26

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

27 Erläuterung zur Prüffrage 9.22:

28 Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht
29 Anhaltspunkte für akute oder chronische Schmerzen bestehen. Grundsätzlich gilt: Selbsteinschätzung geht vor
30 Fremdeinschätzung. Es ist zu überprüfen, ob bei der versorgten Person akute oder chronische Schmerzen
31 bestehen.
32
33

34 „Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in
35 einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt
36 eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen
37 zeigt. Dazu gehören u.a. der Anstieg des Blutdrucks, der Puls und der Atemfrequenz.“ (DNQP, 2011)²
38

39 Unter chronischem Schmerz ist ein andauernder oder intermittierender Schmerz jedweder Genese zu verstehen.
40 (DNQP, 2015)³
41

42 Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit der
43 versorgten Person ggf. unter zu Hilfenahme z. B. der numerischen Rangskala oder visuellen Analogskala, bei

² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1 Aktualisierung. Osnabrück

³ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück

1 Kindern z. B. der Wong-Baker-Skala bzw. bei akuten Schmerzen durch ein initiales Assessment ermittelt
2 werden.

3
4 „Ja“ ist auch dann anzukreuzen, wenn die versorgte Person keine Schmerzen angibt, aus der
5 Pflegedokumentation jedoch zu entnehmen ist, dass regelhaft Medikamente gegen Schmerzen verabreicht
6 werden.

7
8 Hat die versorgte Person Schmerzen und erhält keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur
9 Schmerztherapie, ist die Frage 9.23 mit „t. n. z.“ zu kreuzen. Das pflegerische Schmerzmanagement ist im
10 Freitext unter 9.22 zu beschreiben.

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

13 Erläuterung zur Prüffrage 9.23:

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

16
17 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine systematische Schmerzeinschätzung in einer Befragung der
18 versorgten Person zu folgenden Inhalten erfolgte:

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

24
25 Bei versorgten Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erfolgt eine systematische
26 Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung bzw. Angaben der Pflegepersonen /Angehörigen.

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

31 Erläuterung zur Prüffrage 9.24:

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

34
35 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die folgenden Aspekte zum Umgang mit der Trachealkanüle
36 beachtet werden und in der Pflegedokumentation nachvollziehbar dokumentiert sind:

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

44
45 Ferner muss eine Ersatzkanüle in der Regel eine Nummer kleiner als die reguläre Kanüle vorliegen und im
46 Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Kanüle) das Offenhalten des Stomas gewährleistet sein
47 (z. B. mittels Kilian- Nasenspekulum).

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

1 Erläuterung zur Prüffrage 9.25:

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

3

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

8

9 Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der

10 ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der

11 vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.

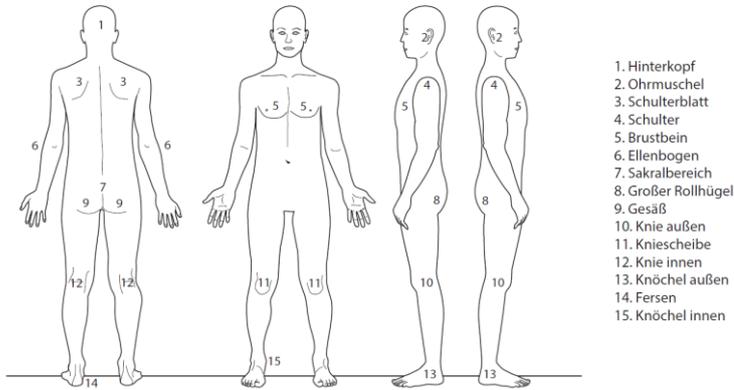
12

13

t. n. z.

M/Info

9.26 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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"/>				
Wunde 2	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"/>				

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

Erläuterung zur Prüffrage 9.26:

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

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

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

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

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

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

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

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

t. n. z.

38
39

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

ja nein t. n. z. E.

40
41
42
43
44
45

Erläuterung zur Prüffrage 9.28:

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

M/T18/B		ja	nein	t. n. z.	E.
1	9.29 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 **Ausfüllanleitung zu 9.29:**

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

- 6
- 7 • *die Prinzipien der lokalen Druckentlastung bzw. der Kompression umgesetzt werden,*
 - 8 • *die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.*
- 9 *Dieses Kriterium wird auch als erfüllt bewertet, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert*
 10 *hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht*
 11 *angepasst hat.*

12

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
17	9.30 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
18	9.31 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T24/B		ja	nein	t. n. z.	E.
19	9.32 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20

21 **Ausfüllanleitung zu 9.32:**

22 *Kompressionsstrümpfe/-verbände sind sachgerecht angelegt wenn*

- 23
- 24 a) *das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt ist,*
 - 25 b) *der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wurde,*
 - 26 c) *der Kompressionsverband beim Anlegen faltenfrei ist.*

27

28 *Das Kriterium ist auch erfüllt,*

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

31

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

35

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

39

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
42	9.33 Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Erläuterung zur Prüffrage 9.33:

2
3 Die Maßnahme nach Ziffer 26a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der Richtlinie zur
4 Verordnung häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst die Sanierung/Eradikation
5 nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:

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

15
16 Bei der Frage ist insbesondere zu bewerten, ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von
17 Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen
18 Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut bei
19 der Umsetzung der Maßnahme beachtet werden. Hierbei sind insbesondere die Hinweise zur Basishygiene sowie
20 zur Bekämpfung unter III.1 sowie weitergehende Hinweise zu beachten.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
21	9.34 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Erläuterung zur Prüffrage 9.34:

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

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

- 27
28 • die eingesetzten Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder
29 • für eingesetzte Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B.
30 Fortbildung, Anleitung) vorliegt.

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
31	9.35 Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 Erläuterung zur Prüffrage 9.35:

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

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

40
41
42
43
44
45
46
47

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

Erläuterung zur Prüffrage 9.36:

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

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

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

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

10. Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1
2

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

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13Erläuterung zur Prüffrage 10.1:

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

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

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

14
15

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

16
17
18
19
20
21
22Erläuterung zur Prüffrage 10.3:

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

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

23
24
25
26
27
28
29Erläuterung zur Prüffrage 10.4:

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

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
3	10.5 Verfügen alle Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät der davon abhängigen Person tätig sind, über eine entsprechende Zusatzqualifikation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4
5 Erläuterung zur Prüffrage 10.5:

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

- 7
8 - Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung
9 - Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege
10 - mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder
11 außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren
12 - Fortbildung (mindestens 120 Stunden-Kurs eines strukturierten, berufsbegleitenden, von Fachgesellschaften
13 bzw. pflegerischen Berufsverbänden anerkannten und durch Akkreditierung oder Zertifizierung
14 qualitätsgesicherten Kursprogramms, welches mindestens den Anforderungen der DIGAB-Zertifizierung
15 entspricht)

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
17	10.6 Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18
19 Erläuterung zur Prüffrage 10.6:

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
23	10.7 Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person ein in der außerklinischen Beatmung erfahrener Arzt, das Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24
25
26 Erläuterung zur Prüffrage 10.7:

27 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei einer klinischen Verbesserung bei der beatmeten Person ein in
28 der außerklinischen Beatmung erfahrener Arzt, das Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus informiert wird,
29 damit dort z. B. das Weaning- oder Dekanülierungspotential bewertet werden kann und das weitere Vorgehen
30 festgelegt wird. Dieser Aspekt ist ausschließlich hier zu beantworten.

M/T25/B		ja	nein	t. n. z.	E.
31	10.8 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32
33
34 **Ausfüllanleitung zu 10.8:**

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

42
43 *Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn:*

- 44
45 • *keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder*
46 • *der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum*
47 *konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.*

1
2 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln des Prüfers werden*
3 *ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder das Pflegepersonal befragt.*

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

5 Erläuterung zur Prüffrage 10.9:

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

- 7
8 - die erbrachte Leistung der ärztlichen Verordnung entspricht,
9 - die kontinuierliche Beobachtung, die ständige Interventionsbereitschaft, die Vitalzeichenkontrolle und
10 deren Dokumentation durch eine Pflegefachkraft sichergestellt sind,
11 - die Schwellenwerte von Vitalparametern dokumentiert sind, bei denen weitere pflegerische bzw.
12 behandlungsrelevante Interventionen erfolgen müssen,
13 - die Alarmgrenzen der ärztlich angeordneten transdermalen Sauerstoffsättigungsmessung korrekt sind,
14 - Verlaufskontrollen bzgl. der Vitalparameter und –funktionen (Puls, Temperatur, Haut und
15 Schleimhäute) durchgeführt und dokumentiert werden,
16 - Verlaufskontrollen hinsichtlich Bewusstseinszustand, Beobachtung auf Ödeme, Schlafqualität (in
17 Abhängigkeit der zugrunde liegenden Erkrankungen), O₂-Befeuchtung, Körpergewicht, Muskulatur,
18 Bilanzierung durchgeführt und dokumentiert werden.

19
20 Die Durchführungen der ärztlichen Verordnung zur Blutdruck- und Blutzuckermessung werden nicht an dieser
21 Stelle, sondern bei den Fragen 10.17 und 10.18 beantwortet.

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

24 Erläuterung zur Prüffrage 10.10:

25 Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

- 26
27
28 • die Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z. B.
29 Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen
30 Erkrankungen durchgeführt werden,
31 • die Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes nach Herstellerangaben und ggf. der Austausch
32 bestimmter Teile des Gerätes (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O₂-Zellen) durchgeführt werden,
33 • die Beatmungsparameter und -messwerte mindestens 1 x pro Schicht dokumentiert sind und die
34 Beatmungsparameter mit den Einstellungen am Beatmungsgerät übereinstimmen,
35 • die erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert sind und
36 verwendet werden,
37 • die Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen
38 Beatmung dokumentiert und nach hygienischen Kautelen durchgeführt werden,
39 • Kontaktadressen von externen Supportunternehmen (Homecare – Unternehmen) in der
40 Pflegedokumentation dokumentiert sind,
41 • die Überprüfung und Dokumentation der Einsatz- und Ersatzgeräte auf Funktion und Richtigkeit der
42 aktuellen Beatmungsparameter durchgeführt werden,
43 • die Befeuchtung und Pflege der Mund- und Schleimhäute durchgeführt wird,
44 • eine Vermeidung von Druckstellen durch Tuben / Beatmungszugänge und ableitende Systeme stattfindet,
45 • nur nach ärztlicher Anordnung (oder unter klinischer Überwachung, z. B. in einem Beatmungszentrum)
46 Veränderungen am Beatmungssystem oder der Einstellung an den folgenden Bereichen vorgenommen
47 werden: Beatmungsgerät, Beatmungszugang, Ausatemsystem, Sauerstoffapplikationssystem, -ort und –rate,
48 Befeuchtungssystem, Beatmungsparameter.

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

51 Erläuterung zur Prüffrage 10.11:

52 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten wenn:
53
54

- 1 - ein manueller Beatmungsbeutel (Ambubeutel) einschließlich einer Maske in greifbarer Nähe vorhanden ist,
 2 - ein externer Akku für ein Beatmungsgerät vorhanden ist. Ein externer Akku (Kapazität mindestens 8 – 10
 3 Stunden) ist vorzuhalten, wenn bei der versorgten Person eine lebenserhaltende Beatmung vorliegt, sie sich
 4 die Maske nicht selbst entfernen kann und die Spontanatmungsfähigkeit zeitlich stark reduziert ist (tägliche
 5 Beatmungszeiten > 16 Stunden),
 6 - ein zweites Beatmungsgerät vorhanden ist. Die Indikation für ein zweites Beatmungsgerät ist gegeben,
 7 wenn die tägliche Beatmungsdauer mehr als 16 Stunden beträgt. In Ausnahmefällen kann auch schon
 8 früher ein zweites Beatmungsgerät notwendig sein, z. B. bei mobilen Personen mit Verwendung des
 9 Beatmungsgerätes am Rollstuhl. Die Beatmungsgeräte sowie die Geräteeinstellungen müssen identisch
 10 sein,
 11 - bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung mindestens eine Reservemaske in gleicher
 12 Größe vorhanden ist,
 13 - bei invasiv beatmeten Personen ein zweites Absauggerät vorhanden ist. Bei invasiv beatmeten Personen ist
 14 in der Regel ein leistungsstarkes Absauggerät erforderlich. Ein Ersatzgerät ist notwendig. Ein Gerät sollte
 15 netzunabhängig betrieben werden können, um bei Stromausfall oder Mobilität die Absaugung zu
 16 gewährleisten.
 17
 18

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

19
 20 Erläuterung zur Prüffrage 10.12:
 21 Die Frage bezieht sich auf versorgte Personen, die nicht beatmet werden oder auf beatmete Personen in
 22 Zeiträumen ohne Beatmung.

- 23
 24 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn
 25 • eine nachvollziehbare Funktionsüberprüfung des Sauerstoffgerätes entsprechend der Herstellerangaben
 26 erfolgt und
 27 • die Sauerstoffverabreichung – auch bei Bedarfsmedikation – der ärztlichen Anordnung entspricht.
 28 • hygienische Grundsätze beachtet werden, z. B. Brillen-, Schlauch- und Befeuchtungswasserwechsel.
 29
 30

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

31
 32 Erläuterung zur Prüffrage 10.13:
 33 Die Frage bezieht sich in der Regel auf die aktuell eingesetzten Pflegefachkräfte.

- 34
 35 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn
 36
 37 • die Einweisung der eingesetzten Pflegefachkräfte in die Handhabung der maschinellen
 38 Beatmungsgeräte dokumentiert ist,
 39 • das Gerätehandbuch / die Bedienungsanleitung vor Ort ist.
 40
 41

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

42
 43 Erläuterung zur Prüffrage 10.14:
 44 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn durch personelle, bauliche oder technische Ausstattung
 45 sichergestellt ist, dass jederzeit unmittelbar auf Alarmer und Notfallsituationen bei der versorgten Person
 46 reagiert werden kann.

47
 48 „T. n. z.“ ist anzukreuzen wenn die versorgte Person nicht in einer Wohngemeinschaft lebt.
 49

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

50
 51 Erläuterung zur Prüffrage 10.15: Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- 1
2 • das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen atraumatisch erfolgt (Händedesinfektion,
3 Verwendung steriler Absaugkatheter, Absaugen mit keimarmen Einmalhandschuhen, Absaugen mit offenen
4 Absaugsystemen bei Beatmung mit sterilen Einmalhandschuhen)
5 • die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
6 • nachvollziehbar ist, dass das Absauggerät entsprechend der Herstellervorgaben desinfiziert wird.
7
8

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

9
10 Erläuterung zur Prüffrage 10.16:

11 Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der
12 ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der
13 vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.
14

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

- 16 • eine gezielte Informationssammlung nachzuvollziehen ist
17 • die Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens entsprechend erfolgt
18 • hygienische Grundsätze berücksichtigt werden
19 • Nachweise ausgewertet und Informationen an den Arzt nachzuvollziehen sind
20 • sich die Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang darstellt.
21

22 Diese Frage kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber
23 informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine
24 Verordnung nicht angepasst hat.
25
26

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

27
28 **Ausfüllanleitung zu 10.17:**

29 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt,
30 dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht.*
31

32 *Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an
33 den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht
34 ausschließlich der Arzt.*
35

36 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln des Prüfers werden
37 ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
38
39

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

40
41 **Ausfüllanleitung zu 10.18:**

42 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt,
43 dokumentiert, bewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen zieht.*
44

45 *Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an
46 den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht
47 ausschließlich der Arzt.*
48

49 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln
50 des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
51
52

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

1
2 Erläuterung zur Prüffrage 10.19:

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

- 4
- 5 • dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde
 - 6 • die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt
 - 7 • die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
 - 8 • nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

9

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

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

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

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

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

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

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

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

27 **Ausfüllanleitung zu 10.26:**

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

32

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

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

39

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

43

44

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

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

5 **Ausfüllanleitung zu 10.27**

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

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

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

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

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

19 **Ausfüllanleitung zu 10.29:**

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

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

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

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

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

30 **Erläuterung zur Prüffrage 10.30:**

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

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

34 **Erläuterung zur Prüffrage 10.31:**

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

1

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

2

3 Erläuterung zur Prüffrage 10.32:

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

8

9 „Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in
10 einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt
11 eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen
12 zeigt. Dazu gehören u.a. der Anstieg des Blutdrucks, der Puls und der Atemfrequenz.“ (DNQP, 2011)⁴

13

14 Unter chronischem Schmerz ist ein andauernder oder intermittierender Schmerz jedweder Genese zu verstehen.
15 (DNQP, 2015)⁵

16

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

21

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

25

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

29

30

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

31

32 Erläuterung zur Prüffrage 10.33:

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

35

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

38

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

⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1 Aktualisierung. Osnabrück

⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück

1
2 Bei versorgten Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erfolgt eine systematische
3 Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung bzw. Angaben der Pflegepersonen /Angehörigen.
4
5

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

6
7 Erläuterung zur Prüffrage 10.34:

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

10 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die folgenden Aspekte zum Umgang mit der Trachealkanüle
11 beachtet werden und in der Pflegedokumentation nachvollziehbar dokumentiert sind:
12
13

- 14 – Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage
15 – Angaben zur Art der Tracheostomaanlage
16 – Angaben zum Kanülentyp und zur Kanülengröße
17 – alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
18 – Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
19 – Angaben dazu, wer den Kanülenwechsel durchführt
20 – ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und dokumentiert werden.
21

22 Ferner muss eine Ersatzkanüle in der Regel eine Nummer kleiner als die reguläre Kanüle vorliegen und im
23 Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Kanüle) das Offenhalten des Stomas gewährleistet sein
24 (z. B. mittels Kilian- Nasenspekulum).
25
26

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

27
28 Erläuterung zur Prüffrage 10.35:

29 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn folgende Aspekte berücksichtigt werden:
30

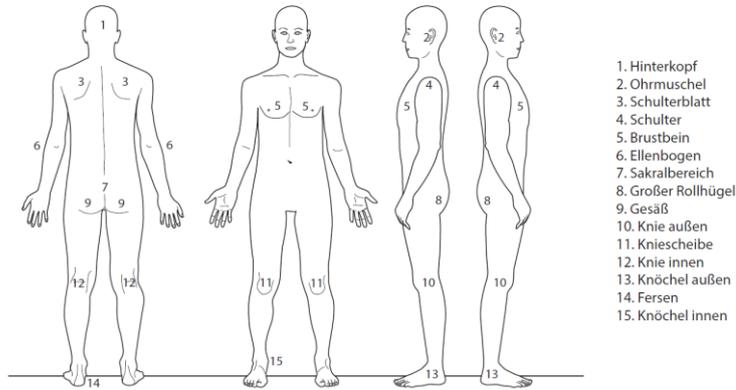
- 31 • der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
32 • eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
33 • unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird
34 • bei Anzeichen eines lokalen Entzündung der Arzt informiert und Infusion abgestellt werden
35

36 Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der
37 ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der
38 vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.
39

t. n. z.

M/Info

10.36 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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"/>				
Wunde 2	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 10.36:

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

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

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

Kategorie/Stadium III - Vollständiger Verlust der Haut: Vollständiger 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	
10.37	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

t. n. z.

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

ja nein t. n. z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 10.38:

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

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

Ausfüllanleitung zu 10.39:

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

- *die Prinzipien der lokalen Druckentlastung bzw. der Kompression umgesetzt werden,*
 - *die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.*
- Dieses Kriterium wird auch als erfüllt bewertet, wenn der Pflegedienst 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.
10.40	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17
18

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

19
20

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

21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44

Ausfüllanleitung zu 10.42:

Kompressionsstrümpfe/-verbände sind sachgerecht angelegt wenn

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

Das Kriterium ist auch erfüllt,

- d) wenn der Kompressionsverband/-strumpf zum Zeitpunkt der Prüfung sachgerecht angelegt ist*
- e) oder 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) - c) erfolgt, weil der pflegebedürftige Mensch dies wünscht und der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.

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

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

45
46

1 Erläuterung zur Prüffrage 10.43:

2
3 Die Maßnahme nach Ziffer 26a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der Richtlinie zur
4 Verordnung häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst die Sanierung/Eradikation
5 nach ärztlichem Sanierungsplan gemäß Verordnung. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:

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

15
16 Bei der Frage ist insbesondere zu bewerten, ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von
17 Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen
18 Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut bei
19 der Umsetzung der Maßnahme beachtet werden. Hierbei sind insbesondere die Hinweise zur Basishygiene sowie
20 zur Bekämpfung unter III.1 sowie weitergehende Hinweise zu beachten.

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

23 Erläuterung zur Prüffrage 10.44:

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

27
28 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:

- 29
30
31 • die eingesetzten Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder
32 • für eingesetzte Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B.
33 Fortbildung, Anleitung) vorliegt.

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

36 Erläuterung zur Prüffrage 10.45:

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

40
41 Die Frage bezieht sich auf akute Ereignisse, in denen pflegfachliches Handeln erforderlich ist, wie z. B.
42 Kranken- und Verhaltensbeobachtung nach Stürzen oder bei anhaltender Diarrhö. Diese Handlungsmaßnahmen
43 gehen ggf. über die Kommunikation mit dem Arzt hinaus bzw. finden im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit dem
44 Arzt statt (siehe 10.8).

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

47 Erläuterung zur Prüffrage 10.46:

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

- 49
50 • die Wünsche und Vorgaben der versorgten Person bzw. ihres Bevollmächtigten berücksichtigt,
51 • mit allen Beteiligten (versorgte Person / Angehöriger, behandelnder Arzt, Leistungserbringer) ggf.
52 interdisziplinärem Team / Therapeuten schriftlich vereinbart wurde,

- 1 • ethische Aspekte, Kommunikation am Lebensende, Behandlungsschritte während des Sterbeprozesses
 2 etc. berücksichtigt sind,
 3 • eine adäquate Schmerz- und Symptomtherapie berücksichtigt,
 4 • spirituelle und emotionale Unterstützung durch das Behandlungsteam berücksichtigt
 5 • die Notfallprävention und das Verhalten in Notfallsituation regelt,
 6 • an prominenter Stelle hinterlegt ist.
 7
 8

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

9
 10 Erläuterung zur Prüffrage 10.47:

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

14
 15 Eine Risikoeinschätzung des ambulanten Pflegedienstes ist nicht Gegenstand der Bewertung. Die allgemeine
 16 Krankenbeobachtung ist Gegenstand aller behandlungspflegerischen Maßnahmen. Der Prüfer soll die Fragen
 17 jeweils bewerten, wenn nach seiner fachlichen Einschätzung Probleme zu den aufgelisteten Themenfeldern
 18 vorliegen.

19
 20 Die Fragen sind mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die
 21 eventuelle Ablehnung der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

22
 23 Die Frage ist mit „t. n. z.“ anzukreuzen, wenn aus Sicht des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.
 24
 25
 26
 27
 28

11. Mobilität

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.2:

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

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

Ausfüllanleitung zu 11.3:

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

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

M/Info		ja	nein
11.4	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 11.4:

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

1

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

2

3 Erläuterung zur Prüffrage 11.5:4 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko der
5 Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnung der Empfehlungen des Pflegedienstes
6 dokumentiert sind.

7

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

9

10

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

11

12 Erläuterung zur Prüffrage 11.6:13 Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht
14 Anhaltspunkte für ein Dekubitusrisiko bestehen.

15

16

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

17

18 Erläuterung zur Prüffrage 11.7:19 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl.
20 Ablehnung der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

21

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

23

24

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

25

26

27 **Ausfüllanleitung zu 911.8:**28 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch körperbezogene Pflegemaßnahmen erhält, ein
29 Dekubitusrisiko erkennbar ist und dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurde.*

30

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

35

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

38

39

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

40

1 **Ausfüllanleitung zu 11.9:**

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

5
6 *Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei*
7 *Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*

8
9

1
2
3**12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

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

4
5
6
7
8
9
10
11**Erläuterung zur Prüffrage 12.1d:**

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

M/Info									
12.2 Die Person ist versorgt mit:									
	Beschreibung								
a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus <table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>kcal/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>ml/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>ml/h</td> </tr> </table> (Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h						
Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h						
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.
1
2

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

Ja nein 3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19Erläuterung zur Prüffrage 12.3:

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 bei der versorgten Person 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	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst übernommen	<input type="checkbox"/>

ja nein 20
21
22
23
24Erläuterung zur Prüffrage 12.4:

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

1 Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen
2 bei der versorgten Person darauf hindeuten, dass ein Selbstpfledefizit im Bereich der Flüssigkeitsversorgung
3 besteht.
4
5

M/T6/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.5	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"/>

6
7 **Ausfüllanleitung zu 12.5:**
8 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten*
9 *körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Risiko*
10 *bei der Flüssigkeitsversorgung erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf*
11 *mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.*
12
13 *Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei*
14 *Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
15
16

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

17
18 **Ausfüllanleitung zu 12.6:**
19 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Pflegeleistungen zur Unterstützung*
20 *bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der*
21 *Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.*
22
23 *Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Pflegedokumentation und die Inaugenscheinnahme erbracht. Bei*
24 *Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
25
26

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

27
28 **Ausfüllanleitung zu 12.7:**
29 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur*
30 *Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und*
31 *nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.*
32
33 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend*
34 *Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
35
36

M/T9/B		ja	nein	t. n. z.	E.
12.8	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"/>

37
38 **Ausfüllanleitung zu 12.8:**
39 *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten*
40 *körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein*
41 *Ernährungsrisiko erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen*
42 *oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.*
43
44 *Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei*
45 *Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
46
47

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Ausfüllanleitung zu 12.9:

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

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

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

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

Ausfüllanleitung zu 12.10:

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

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

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

21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

Ausfüllanleitung zu 12.11:

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

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

13. Ausscheidung

<small>M/Info</small>	
13.1 Die Person ist versorgt mit:	
	<small>t. n. z.</small> <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	

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
13.2 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 13.2:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 13.3:

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

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

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

Ausfüllanleitung zu 13.4:

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

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

3
4

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

5
6

Ausfüllanleitung zu 13.5:

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

10

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

13

14

1
2
3**14. Umgang mit Demenz**4
5
6
7

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

8
9

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

10
11
12
13
14
15
16
17
18Erläuterung zur Prüffrage 14.1:

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

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

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

19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34**Ausfüllanleitung zu 14.2:**

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

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

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

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

M/T16/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.3	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45**Ausfüllanleitung zu 14.3:**

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.

15. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

Ausfüllanleitung zu 15.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege sowie ggf. der Mund- und Zahnpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen individuellen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.

Selbstverständlichkeiten wie die Berücksichtigung des Schamgefühls sind nicht gemeint.

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

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

Ausfüllanleitung zu 15.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn keine Defizite bei der vereinbarten Leistung erkennbar sind. Die Frage ist auch mit „ja“ zu beantworten, wenn Defizite in der vereinbarten Körperpflege, erkennbar sind und der ambulante Pflegedienst nachvollziehbar seine fehlende Einwirkungsmöglichkeit dokumentiert hat.

1
2 *Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei*
3 *Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
4
5

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

6
7 **Ausfüllanleitung zu 15.5:**
8 *Das Kriterium ist erfüllt, wenn anhand der Pflegedokumentation oder eines anderen schriftlichen Nachweises*
9 *die Durchführung eines Erstgespräches belegt wird.*

10
11 *Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn:*

- 12
13 • *der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder*
14 • *mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden*
15 *konnte oder*
16 • *wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat.*

17
18 *Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation oder andere schriftliche Nachweise. Bei*
19 *Zweifeln des Prüfers werden ergänzend Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.*
20
21

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

22
23 Erläuterung zur Prüffrage 15.6:
24 *Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn:*
25
26 • *die eingesetzten Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder*
27 • *für eingesetzte Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B.*
28 *Fortbildung, Anleitung) vorliegt.*
29
30

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

31
32 Erläuterung zur Prüffrage 15.7:
33 *Die Frage bezieht sich auf akute Ereignisse, in denen pflegefachliches Handeln erforderlich ist, wie z. B.*
34 *Kranken- und Verhaltensbeobachtung nach Stürzen oder bei anhaltender Diarrhö. Diese Handlungsmaßnahmen*
35 *gehen ggf. über die Kommunikation mit dem Arzt hinaus bzw. finden im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit dem*
36 *Arzt statt (siehe 9.1 oder 10.8).*
37
38

16. Abrechnungsprüfung

16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

M/Info		ja	nein
16.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Freitext:</i>			

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.1:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein schriftlicher vom ambulanten Pflegedienst und von der versorgten Personenunterschriebener Vertrag vorliegt, dieser die tatsächlich zu erbringenden Leistungen enthält und die daraus resultierenden Kosten ausweist.

Die Frage ist u.a. mit „nein“ zu beantworten, wenn im Pflegevertrag die aktuell tatsächlich erbrachten Leistungen nicht dargestellt sind oder wenn der Kostenvoranschlag nicht die aktuell zu berechnenden Leistungen umfasst.

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

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.2:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.3:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

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

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.4:

Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für die ausgewählten Betrachtungstage zu beantworten.

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

1
2
3
4
5
6
7

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.5:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

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

8
9
10
11
12
13
14
15

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.6:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen im geprüften Abrechnungszeitraum, Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind zu beachten.

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

16
17
18
19
20
21

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.7:

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

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

22
23

1 Erläuterung zur Prüffrage 16.1.8:

2 Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

3

4

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

5

6 Erläuterung zur Prüffrage 16.1.9:7 Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag
8 vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen
9 für den geprüften Abrechnungszeitraum zu beantworten. Zu prüfen ist die Abrechnung von pflegerischen
10 Betreuungsmaßnahmen, die als Sachleistung nach § 36 SGB XI erbracht worden sind.

11

12

13

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

14

15 Erläuterung zur Prüffrage 16.1.10:16 Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden
17 abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten
18 Leistungen nachvollziehbar ist.

19

20

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

21

22 Erläuterung zur Prüffrage 16.1.11:23 Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und
24 die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen
25 (Mindestanforderungen eines LK), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erstbesuch, landesspezifische
26 Regelungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und
27 Qualifikationsvereinbarungen sind zu beachten.

28

29

M/Info
16.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum:
<i>Freitext:</i>

t. n. z.

1
2
3
4
5
6Erläuterung zur Prüffrage 16.1.12:

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

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

7
8
9
10
11Erläuterung zur Prüffrage 16.1.13:

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

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

12
13
14
15
16
17
18
19Erläuterung zur Prüffrage 16.1.14:

Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für die ausgewählten Betrachtungstage zu beantworten.

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

20
21
22
23
24
25
26Erläuterung zur Prüffrage 16.1.15:

Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9

Erläuterung zur Prüffrage 16.1.16:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen eines LK), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erstbesuch, landesspezifische Regelungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind zu beachten.

1
2
3

16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

4
5
6
7
8
9
10

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

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

1
2
3

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
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/Kly- sma und digitale Enddarmausräumung	verordnet genehmigt						
15	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeits- bilanzierung	verordnet genehmigt						
16	<input type="checkbox"/>	Infusionen, i.v.	verordnet genehmigt						
16a	<input type="checkbox"/>	Infusionen, s.c.	verordnet genehmigt						
17	<input type="checkbox"/>	Inhalation	verordnet genehmigt						
18	<input type="checkbox"/>	Injektionen	verordnet	<input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c.					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> i. m. <input type="checkbox"/> s. c.					
19	<input type="checkbox"/>	Injektionen, 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						

4

1
2

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

3

1
2

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
31	<input type="checkbox"/>	Verbände	verordnet	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden					
				<input type="checkbox"/> Anlegen / Abnehmen Kompressionsverb					
				<input type="checkbox"/> and An- u. Ausziehen Kom-					
				<input type="checkbox"/> pressionsstrümpfe / Strumpfhose Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden					
				<input type="checkbox"/> Anlegen / Abnehmen Kompressionsverb					
				<input type="checkbox"/> and An- u. Ausziehen Kom-					
				<input type="checkbox"/> pressionsstrümpfe / Strumpfhose Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
<i>Freitext:</i>									

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17Erläuterung zur Prüffrage 16.2.1:

In der Tabelle sind die Leistungen anzugeben, die für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt waren.

Die Spalte „genehmigt“ ist jeweils nur auszufüllen, wenn die genehmigte Leistung bezüglich Inhalt, Häufigkeit oder Dauer von der „verordneten“ Leistung abweicht. Wenn die Genehmigung der Krankenkasse nicht vorliegt, ist dies im Freitext zu vermerken. Die ärztliche Verordnung wird bei privat versicherten Personen grundsätzlich als genehmigt betrachtet.

Bezüglich der Position 26 Medikamentengabe (richten, verabreichen) ist im Freitext anzugeben, wenn Medikamente über eine Magensonde, über die Atemwege, über die Haut oder Schleimhaut (Einreibung, Bad), zur Behandlung des Mundes oder zur Behandlung der Augen (Augentropfen) verabreicht werden.

M/Info
16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
Geprüfter Abrechnungszeitraum:
<i>Freitext:</i>

t. n. z.

1
2
3
4
5
6Erläuterung zur Prüffrage 16.2.2:

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

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

ja

nein

t. n. z.

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19Erläuterung zur Prüffrage 16.2.3:

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.

Bsp. Medikamentengabe 3 x tgl. in Rechnung gestellt, aber nur 2 x tgl. erbracht, abends übernehmen Angehörige oder der Versicherte nimmt die Medikamente selber.

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

ja

nein

t. n. z.

20
21
22
23
24
25
26Erläuterung zur Prüffrage 16.2.4:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung sowie der Individualverträge und auf die HKP-Richtlinien (Bei einer Dekubitusbehandlung ist laut HKP-Richtlinie ein gesonderter Verbandswechsel nicht verordnungsfähig). Liegen bei der Prüfung einer privat versicherten Person keine gleichartigen für die Abrechnungsprüfung relevanten Vertragsunterlagen zwischen Pflegeeinrichtung und der jeweiligen privaten Krankenversicherung vor, kann die

Frage nicht beantwortet werden. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erbringung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen durch Pflegefachkräfte), Hausbesuchspauschalen (z. B. Abschläge für mehrere Personen im 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	
16.2.5	Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum
	Geprüfter Abrechnungszeitraum:
	<i>Freitext:</i>

t. n. z.

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.5:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 16.2.6:

Wenn in die Qualitätsprüfung einbezogene Personen mindestens körperbezogene Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI erhalten, können aufgrund des Vorrangs der Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V vor den Sachleistungen nach § 36 SGB XI in der Regel Maßnahmen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V nur retrospektiv in die Betrachtung einbezogen werden.

1 Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden alle von der Kasse genehmigten ärztlich verordneten Leistungen
 2 geprüft. Zu berücksichtigen sind bei der Frage Regelungen der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V
 3 einschließlich Anlagen, Vergütungsvereinbarungen, Individualverträge und die HKP-Richtlinien. Insbesondere
 4 Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Hausbesuchspauschalen,
 5 Fahrtkostenregelungen und ggf. Zeitvereinbarungen sind zu beachten. Liegen bei der Prüfung einer privat
 6 versicherten Person keine gleichartigen für die Abrechnungsprüfung relevanten Vertragsunterlagen zwischen
 7 Pflegeeinrichtung und der jeweiligen privaten Krankenversicherung vor, kann die Frage nicht beantwortet
 8 werden.
 9

10 Nach § 34 Abs. 2 SGB XI ruht der Leistungsanspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege, soweit im Rahmen
 11 des Anspruchs der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auch Anspruch auf Grundpflege oder
 12 hauswirtschaftliche Versorgung besteht. Die Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V gehen demnach den
 13 Leistungen nach § 36 SGB XI vor. Die parallele Abrechnung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher
 14 Versorgung als Sachleistung nach § 36 SGB XI und nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege)
 15 für einen gleichen Zeitraum ist nicht zulässig. Dies ist bei der Beantwortung der Frage zu beachten.
 16

17 Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden
 18 abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten
 19 Leistungen nachvollziehbar ist, die Leistungen vertragskonform und gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel
 20 zu Leistungen nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind..
 21

22 Das Kriterium ist mit „nein“ zu beantworten, wenn
 23

- 24 • Leistungen gar nicht erbracht worden sind,
- 25 • Leistungen häufiger in Rechnung gestellt worden sind, als erbracht,
- 26 • Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt worden sind, als erbracht,
- 27 • Diskrepanzen zwischen Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-
 28 /Tourenplan, Dienstplan bestehen,
- 29 • Diskrepanzen zwischen Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der
 30 Angehörigen bestehen,
- 31 • Handzeichen fehlen.
- 32 • Leistung unter Missachtung vertraglicher Grundlagen oder der HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt
 33 worden sind,
- 34 • Leistungen parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind.
 35

36 Die Frage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn für den geprüften Abrechnungszeitraum keine Leistungen nach
 37 § 37 Abs. 1 SGB V in Rechnung gestellt worden sind.
 38

39 15.2 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

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

41 Erläuterung zur Prüffrage 16.3.1:

42 Bei dieser Prüffrage kann der Prüfer sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung im Freitext geben, die sich
 43 nicht den Prüffragen in Kapitel 16 zuordnen lassen.
 44
 45
 46

1
2
3
4
5
6

17. Sonstiges

(Freitext)

18. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragungsinstruktion für die ambulante Pflege

Bei Zufriedenheitsbefragungen besteht stets die Gefahr, dass die befragten Personen nicht ihrem tatsächlichen Zufriedenheitsurteil Ausdruck verleihen, sondern vielmehr so antworten, wie es entweder für sie selbst oder für die Einrichtung als positiv bzw. günstig erscheint. Sie bemühen sich somit, in einem „sozial erwünschten“ Sinne zu antworten. Vor allem ältere Menschen neigen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten und halten sich gerade dann zurück, wenn es um eine Bewertung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung geht. Sozial erwünschtes Antwortverhalten beeinflusst damit die Güte der erhobenen Befragungsdaten. Kann 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 versorgten Person ist es daher von großer Bedeutung, dass den Befragten vorab versichert wird, dass die im Rahmen der Prüfung erhobenen persönlichen Zufriedenheitsurteile streng anonym verwendet werden und dass es darüber hinaus für die beabsichtigten Zwecke sinnvoll ist, die eigenen Zufriedenheitsaussagen nicht zu beschönigen. Die Prüfer des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes sollen die Befragung der versorgten Person daher orientiert an den folgenden Befragungsinstruktionen einleiten:

„Ich werde Ihnen nun einige Fragen zur Zufriedenheit mit Ihrem Pflegedienst stellen. Ich möchte insbesondere wissen, welche Dinge des Pflegedienstes bei Ihnen besonders gut ankommen und welche Dinge aus Ihrer Sicht noch verbessert werden könnten. Auf meine Fragen gibt es daher auch keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht auch nicht darum, so zu antworten, dass man einen vermeintlich guten Eindruck macht. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig, es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht auf meine Fragen antworten möchten. Wenn Sie teilnehmen, werden wir das, was Sie sagen, streng anonym und vertraulich behandeln. Niemand wird anhand Ihrer Aussagen Rückschlüsse auf Ihre Person machen können. Sie können mir daher frei und offen antworten. Und das ist wirklich wichtig, denn nur, wenn Sie uns Ihre ehrliche Meinung sagen, können wir herausfinden, wie man hier die Angebote für Sie noch verbessern kann.“

Wenn die versorgte Person sich bei einzelnen Fragen nicht vollständig zufrieden äußert, kann dies im Freitext erläutert werden.

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

Die Fragen 18.1 bis 18.12 sind nur den versorgten Personen zu stellen, die Leistungen nach dem SGB XI (Pflegegrad 2-5) beziehen.

Die Fragen 18.13 und 18.14 sind nur den versorgten Personen zu stellen, die ausschließlich Leistungen nach § 37 SGB V oder Leistungen nach § 37 SGB V und § 28a Abs. 2 SGB XI beziehen.

M/T36/B		ja	nein	k. A.
18.1	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	k. A.
18.2	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T37/B		immer	häufig	geleg.	nie	k. A.
18.3	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	<input type="checkbox"/>				

Ausfüllanleitung zu 18.3:

Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.

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

1
2

<small>M/T40/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.5	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	<input type="checkbox"/>					

3
4
5
6
7

Ausfüllanleitung zu 18.5:

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

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

8
9

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

10
11

<small>M/T41/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.8	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	<input type="checkbox"/>					

12
13

<small>M/T38/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.9	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>					

14
15

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

16
17

<small>M/T46/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.11	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	<input type="checkbox"/>					

18
19

<small>M/T43/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.12	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	<input type="checkbox"/>					

20
21
22
23

Ausfüllanleitung zu 18.12:

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

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

24
25

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

26
27