

**Richtlinie
des GKV-Spitzenverbandes¹ nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Durchführung und
den Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 275b SGB V von Leis-
tungserbringern mit Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V**

(Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege – QPR-HKP)

vom 27. September 2017²

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege – QPR HKP gemäß § 275b SGB V wurde vom GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) am 27. September 2018 als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V erlassen. Sie sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, Krankenkassen und ihre Verbände verbindlich.

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

² In der Fassung des Beschlusses des GKV-Spitzenverbandes vom 27.11.2017

Präambel

Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen waren bis zum Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) ausschließlich auf der Grundlage des SGB XI in Pflegeeinrichtungen möglich, die einen Versorgungsvertrag mindestens nach § 72 SGB XI haben. Leistungserbringer nach § 132a SGB V (nachfolgend Leistungserbringer genannt), die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege und keine Leistungen der Pflegeversicherung erbracht haben, konnten nicht geprüft werden. Mit dem PSG III hat der Gesetzgeber diese Lücke geschlossen.

Neu geregelt werden Prüfungen von Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege geschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Bei diesen Leistungserbringern sind jährliche Regelprüfungen analog zu den Regelprüfungen in der Pflegeversicherung durchzuführen. Im Vordergrund stehen hierbei ärztlich verordnete Leistungen der Behandlungspflege, so zum Beispiel die Gabe von Medikamenten oder Insulininjektionen oder auch sehr komplexe Maßnahmen wie die spezielle Krankenbeobachtung rund um die Uhr bei Personen, bei denen z. B. aufgrund einer Beatmung eine ständige Interventionsbereitschaft durch eine Pflegefachkraft gewährleistet werden muss.

Häufig findet die Versorgung von intensivpflegebedürftigen Personen in organisierten Wohneinheiten statt, die explizit in den Prüfungen nach dieser Richtlinie berücksichtigt werden sollen.

Zusätzlich zu diesen Regelprüfungen sind nun auch Anlassprüfungen möglich, etwa aufgrund von Beschwerden über schlechte Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Abrechnungsauffälligkeiten.

Diese neuen Regel- und Anlassprüfungen werden die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer im Sinne des Wohls der Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer jeweiligen Aufgaben unterstützen und zum Verbraucherschutz der Versicherten beitragen.

Die QPR-HKP findet keine Anwendung bei Versicherten der Privaten Krankenversicherung.

1. Ziel der Richtlinie

- (1) Die QPR-HKP dient als verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität und der Abrechnungen von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V³ nach einheitlichen Kriterien.
- (2) Die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen auf der Grundlage dieser Richtlinie sollen dazu beitragen, eine größere Transparenz in das Leistungsgeschehen zu bringen und die Qualität der Leistungen weiterzuentwickeln.
- (3) Die Prüfungen und ihre Ergebnisse können für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer genutzt werden, sie unterstützen die Krankenkassen sowie die Landesverbände der Krankenkassen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und fördern den Verbraucherschutz der Versicherten, die Leistungen der Leistungserbringer in Anspruch nehmen.

2. Geltungsbereich

- (1) Diese Richtlinie ist für den MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD), die Krankenkassen und ihre Verbände⁴ verbindlich.
- (2) Die Richtlinie findet Anwendung bei Regelprüfungen nach § 275b Absatz 1 Satz 1 SGB V von Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V geschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Sie findet ferner unabhängig von Prüfmöglichkeiten nach dem SGB XI Anwendung bei Anlassprüfungen nach § 275b Abs. 1 Satz 2 SGB V bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V abgeschlossen haben. Auch bei Wiederholungsprüfungen im Zusammenhang mit diesen Regel- oder Anlassprüfungen ist diese Richtlinie anzuwenden.

3. Prüfauftrag

- (1) Die Landesverbände⁵ der Krankenkassen beauftragen den MDK mit jährlichen Regelprüfungen nach § 275b Absatz 1 Satz 1 SGB V von Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V geschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Dafür informieren die Krankenkassen die Landesverbände der Krankenkassen über geschlossene Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V.

³ Im Folgenden als Leistungserbringer bezeichnet.

⁴ § 275b SGB V gilt aufgrund der Analogie zu § 114 SGB XI auch für die Ersatzkassen.

⁵ Siehe Fußnote 3.

- (2) Neben den Regelprüfungen nach Absatz 1 können die Landesverbände der Krankenkassen sowie einzelne Krankenkassen den MDK auch mit Anlassprüfungen beauftragen. Vor der Erteilung eines Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Bei Leistungserbringern, die sowohl einen Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V als auch nach § 72 SGB XI haben, kann eine Anlassprüfung – abhängig von dem konkreten Anlass - entweder auf der Grundlage nach § 275b SGB V oder durch die Landesverbände der Pflegekassen nach §§ 114 ff SGB XI in Auftrag gegeben werden. Die Anlassprüfungen auf der Grundlage des § 275b Abs. 1 Satz 2 SGB V sollen vorrangig über die Landesverbände der Krankenkassen in Auftrag gegeben werden, diese prüfen auch mögliche Auswirkungen auf den Turnus der Durchführung von Regelprüfungen.

Sollte die Auftragserteilung durch eine Krankenkasse erfolgen, ist eine Abstimmung des Prüfauftrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen des Landes durchzuführen, in denen der Pflegedienst seinen Sitz hat; sofern der vorliegende Anlass nicht eine sofortige Beauftragung erfordert. Um eine gemeinsame Prüfbeauftragung zu ermöglichen, können die Landesverbände der Krankenkassen als Auftraggeber dem Prüfauftrag beitreten.

- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen können den MDK mit Wiederholungsprüfungen gemäß § 275b Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 114 Abs. 4 SGB XI beauftragen, die im Zusammenhang mit Regel- oder Anlassprüfungen nach § 275b SGB V stehen.
- (4) Die Prüfaufträge sind schriftlich zu erteilen. Im Prüfauftrag sind insbesondere zu beschreiben:
- Art der Prüfung,
 - Art des Leistungserbringers (Differenzierung der vertraglichen Grundlagen der Leistungserbringer nach SGB V oder ggf. SGB XI)
 - Vorliegen einer anzeigepflichtigen intensivpflegerischen Versorgung von mindestens zwei Versicherten in einer Wohneinheit nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V⁶,
 - ob eine Leistungserbringung in der speziellen Krankenbeobachtung erfolgt (z.B. beatmete Patientinnen/Patienten, Wachkoma)⁷,
 - Umfang der Prüfung, soweit dieser über die Mindestangaben hinaus gehen soll,
 - bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
 - Einbindung der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung,
 - Zeitpunkt der Prüfung,
 - Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit anderen Behörden wie z. B. Gesundheitsamt, mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden).

⁶ Diese Information ist im Prüfauftrag anzugeben, soweit sie dem Auftraggeber vorliegt.

⁷ Siehe Fußnote 5 (*richtig: siehe Fußnote 6*)

- (5) Mit dem Prüfauftrag sind dem MDK die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), vorhandene Strukturdaten, ggf. Bescheide über angeordnete Maßnahmen, Stellungnahmen und Unterlagen des Leistungserbringers an die Landesverbände der Krankenkassen oder an die Krankenkassen sowie ggf. Beschwerden über den zu prüfenden Leistungserbringer.
- (6) Sollen bei Leistungserbringern, die in verschiedenen Bundesländern Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V haben, aufeinander abgestimmte Prüfungen erfolgen, sind für jedes Bundesland gesonderte Prüfaufträge zu erteilen. Die Prüftermine sind unter den Landesverbänden der Krankenkassen unter Einbindung der beteiligten MDK abzustimmen.

4. Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung

- (1) Den Qualitätsprüfungen des MDK liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde. Die Qualitätsprüfungen bilden eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Der beratungsorientierte Prüfansatz ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten (Impulsberatung). Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem MDK voraus.
- (2) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen. Zur Durchführung der Prüfungen ist dem MDK Zugang zu den Geschäftsräumen des Leistungserbringers zu gewähren. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Unterliegt der Leistungserbringer einer heimrechtlichen Aufsicht, sollen die zuständigen Aufsichtsbehörden an den Prüfungen beteiligt werden, soweit die Prüfungen dadurch nicht verzögert werden. Auch die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z. B. Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfungen führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigungen der Leistungserbringer. Die Prüferin/der Prüfer weist sich auf Wunsch des Leistungserbringers aus. Die Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Qualitätsprüfungen von Leistungserbringern, die nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V anzeigepflichtig sind, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.
- (3) In einem Einführungsgespräch wird der Leistungserbringer über das Aufgabenverständnis, die Art, die Vorgehensweise und den erforderlichen Zeitaufwand für die Prüfung informiert.
- (4) Der MDK ist im Rahmen der Prüfungen befugt, die Räume und Grundstücke des Leistungserbringers zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten (in der Regel zwischen 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr) zu betreten, Prüfungen und Besichtigungen an Ort und Stelle durchzuführen, sich mit vom Leistungserbringer versorgten Personen und ihren Angehörigen in Verbindung zu setzen, die Beschäftigten zu befragen, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Der Leistungserbringer ist zur Mitwirkung an den Prüfungen verpflichtet und hat dem MDK Zugang zu den Räumen und zu den Unterlagen zu verschaffen, Auskünfte zu erteilen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der MDK die Prüfungen ord-

nungsgemäß durchführen kann. Im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht ist der Leistungserbringer befugt, dem MDK Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren und diese Daten dem MDK auf dessen Anforderung zu übermitteln. Für Nachweiszwecke sind - soweit erforderlich - Kopien anzufertigen.

- (5) Der MDK ist berechtigt, die Qualität der Leistungen sowie die Abrechnung mit Einwilligung der vom Leistungserbringer versorgten Personen auch in deren Wohnung zu überprüfen. Die Prüfungen beinhalten Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes von durch den Leistungserbringer versorgten Personen. Hierzu können auch die versorgten Personen, die Beschäftigten des Leistungserbringers, Angehörige und Betreuer befragt werden. Bei der Beurteilung der Qualität und der Abrechnung der Leistungen sind die Inaugenscheinnahme, die Pflegedokumentation und die Erkenntnisse aus den Befragungen angemessen zu berücksichtigen.
- (6) Zu den für die Prüfung von den Leistungserbringern vorzuhaltenden erforderlichen Unterlagen zählen insbesondere:
- konzeptionelle Regelungen,
 - Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V einschließlich Anlagen und Ergänzungen,
 - Verfahrensregelungen zum Qualitätsmanagement und zur Hygiene,
 - Aufzeichnungen des Qualitätsmanagements,
 - Dienst-, Einsatz- und Tourenpläne,
 - Handzeichenliste,
 - Arbeitsverträge,
 - Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen,
 - Stundennachweise,
 - Berufsurkunden und sonstige Qualifikationsnachweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
 - Weiterbildungs- und Fortbildungsnachweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
 - Pflegedokumentationen einschließlich Durchführungs- und Leistungsnachweisen,
 - Pflegeverträge,
 - Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V,
 - Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V,
 - Rechnungen an die Krankenkassen.
- (7) Die Prüfung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt anhand des Erhebungsbogens (Anlage 1) und der zugehörigen Prüfanleitung (Anlage 2). Informationsquellen/Nachweise sind:
- Dokumentation,
 - Beobachtungen während der Prüfung,
 - Befragung der versorgten Personen,
 - Befragung der Angehörigen,
 - Auskünfte durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Bewertung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation und der Beobachtungen beim Leistungserbringer. Sofern nach deren Auswertung Zweifel bei der Prüferin/beim Prüfer an der Er-

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

- (8) Bei den nach Ziffer 6 Abs. 6 – 9 ausgewählten versorgten Personen bzw. den im Rahmen von Anlassprüfungen zusätzlich ausgewählten versorgten Personen wird die Qualität und die Abrechnung der Leistungen geprüft. Dies bildet den Schwerpunkt der Prüfung.

Die Prüfung der personenbezogenen Kriterien erfolgt anhand des Erhebungsbogens zur Prüfung des Leistungserbringers (Anlage 1) und der zugehörigen Prüfanleitung (Anlage 2). Informationsquellen/Nachweise sind:

- Inaugenscheinnahme der in die Stichprobe einbezogenen Person,
- Auswertung der Pflegedokumentation,
- Befragung der versorgten Personen,
- Befragung der Angehörigen,
- Auskünfte durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Bewertung der personenbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt in Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters des Leistungserbringers. Sofern der Leistungserbringer die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters nur zeitlich begrenzt gewährleisten kann, haben die Prüferinnen und Prüfer – soweit möglich – den Ablauf der Prüfung danach auszurichten. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt nur dann ohne die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters des Leistungserbringers, wenn der Leistungserbringer im Zeitraum der Prüfung keine Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Verfügung stellen kann. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel bei der Prüferin/beim Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich - Hinweise der versorgten Personen, ihrer Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

- (9) Unter Berücksichtigung der Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich die Prüferin/der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet auf der Grundlage der in der Prüfanleitung zum Erhebungsbogen in der Anlage 2 vorgegebenen Kriterien, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht..
- (10) Im Abschlussgespräch wird der Leistungserbringer anhand erster Ergebnisse in Fragen der Qualitätssicherung und der Abrechnung mit dem Ziel beraten, ggf. festgestellte Qualitätsmängel direkt abzustellen, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung des Leistungserbringers für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu stärken. Das Abschlussgespräch dient auch der Darlegung festgestellter Mängel. Sofern der Leistungserbringer im Rahmen der Prüfung zu Prüfergebnissen abweichende Meinungen geäußert hat, werden diese im Abschlussgespräch von der Prüferin/vom Prüfer dargelegt. Ein umfassendes Bild über die Qualität des Leistungserbringers ergibt sich aus dem Prüfbericht, der nach der Prüfung erstellt wird. Ein im Rahmen der Prüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden bei festgestellten Qualitätsdefiziten im Prüfbericht Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

5. Eignung der Prüferinnen und Prüfer

- (1) Die Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z.B. Ärztinnen/Ärzte oder Kinderärztinnen/Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass der zu prüfende Pflegedienst Personen mit verordneter spezieller Krankenbeobachtung, beatmungspflichtige Personen oder Personen im Wachkoma versorgt, ist dem durch den MDK bei der Prüfung Rechnung zu tragen.
- (2) Die Mitglieder der Prüfteams müssen über pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.

6. Prüfinhalte und Umfang der Prüfung

- (1) Inhalte der Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Bei der Regelprüfung und der Anlassprüfung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 der QPR-HKP definierten Mindestangaben zu prüfen. Zur Sicherstellung bundeseinheitlicher vergleichbarer Prüfergebnisse in der Qualität der Pflege trägt die Regelprüfung nach § 275b SGB V einen abschließenden Charakter und kann nicht von den Krankenkassen verändert oder erweitert werden.
- (2) Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen oder der Krankenkassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die angeordneten Maßnahmen (entsprechend § 275b Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. §§ 114 Abs. 4 SGB XI und 115 Abs. 2 SGB XI) beseitigt worden sind. Dabei werden die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien erneut geprüft. Nicht beanstandete Kriterien werden unverändert übernommen. Die personenbezogenen Mindestangaben (mit Ausnahme der Befragung der versorgten Personen) sind vollständig erneut zu prüfen.
- (3) Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität und Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V mit dem Schwerpunkt auf Leistungen der Behandlungspflege.

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

- (4) Die Feststellungen sind in dem Erhebungsbogen nach Anlage 1 der QPR-HKP zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Prüfanleitung nach Anlage 2 der QPR-HKP auszufüllen.

(5) Basis der Prüfungen sind⁸:

- die Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V,
- der aktuelle Stand des Wissens, Expertenstandards sowie relevante Leitlinien,
- die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V,
- die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V
- die für die Qualitätsprüfung relevanten Inhalte der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV) sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Hinsichtlich der strukturellen Anforderungen an den Leistungserbringer ist bis zur Ergänzung der Bundesrahmenempfehlungen zu den nach § 132a Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Regelungen, Maßstab für die Bewertung der speziellen Krankenbeobachtung der aktuelle Stand des Wissens.

(6) Bei Regelprüfungen werden acht der vom Leistungserbringer versorgten Personen (Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, bei Versicherten privater Krankenversicherungsunternehmen werden keine Prüfungen durchgeführt) einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Dabei werden Personen zufällig ausgewählt, die aufwändigere oder risikobehaftete Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Hierzu zählen insbesondere folgende Leistungen des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung,
- Ziffer 12 Dekubitusbehandlung,
- Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
- Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
- Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
- Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände).

(7) Bei Leistungserbringern, die nicht nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V anzeigepflichtig sind, werden zunächst nach Möglichkeit vier Personen mit Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ zufällig ausgewählt. Anschließend werden nach Möglichkeit zwei Personen ausgewählt, die Leistungen nach der Ziffer 12 „Dekubitusbehandlung“, Ziffer 31 „Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden“ (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände) oder Ziffer 30 „Venenkatheter, Pflege des zentralen“ erhalten. Anschließend werden nach Möglichkeit zwei Personen ausgewählt, die eine der Leistungen nach Ziffer 6 „Absaugen“, Ziffer 8 „Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung“, Ziffer 29 „Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der“ erhalten. Ist die Stichprobengröße von acht Personen noch nicht erreicht, werden anschließend Personen mit anderen Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V für die Prüfung ausgewählt.

⁸ Es gelten die jeweils aktuellen Fassungen.

- (8) Bei Leistungserbringern, die nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V anzeigepflichtig sind, werden zunächst Personen mit Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ in die Prüfung einbezogen, davon nach Möglichkeit mindestens 50 % Personen die in organisierten Wohneinheiten leben. Kann damit die Stichprobengröße nicht ausgeschöpft werden, werden ergänzend Personen mit anderen nach Abs. 6 genannten Leistungen in die Prüfungen einbezogen, dabei ist nach Möglichkeit die Auswahl nach Abs. 7 Satz 2 zu treffen.
- (9) Der Leistungserbringer hat gemäß seiner Mitwirkungspflicht insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihm versorgten Personen inklusive der bei diesen zu erbringenden Leistungen nach § 37 SGB V an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe hat der Leistungserbringer eine vollständige Liste aller von ihm mit Leistungen nach § 37 SGB V versorgten Personen vorzulegen, sortiert nach Leistungen nach § 37 SGB V. Aus dieser Liste wird entsprechend der nach Abs. 7 oder Abs. 8 genannten Rangfolge wie folgt ausgewählt:
- Nach einem Zufallsprinzip wird eine Zahl zwischen 1 und 6 ausgewählt. Diese Zahl bestimmt die Abstände der auszuwählenden Personen.
 - Die Prüferin/der Prüfer entscheidet, ob er bei der Auswahl der Personen am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Liste beginnt zu zählen.
 - Die Prüferin/der Prüfer entscheidet bei den Personen mit gleichen Leistungen, ob er nach oben oder nach unten zählt.
 - Wenn eine ausgewählte Person die Zustimmung verweigert oder aus anderen Gründen eine Einbeziehung der ausgewählten Person nicht möglich ist, wird jeweils die nächste Person in der Liste ausgewählt.

Wenn die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellen kann, legt der MDK auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

- (10) Kann die erforderliche Mindestzahl von versorgten Personen nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Personen vom Leistungserbringer versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe nicht erteilt haben, so hat der MDK im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.
- (11) Die Zufriedenheitsbefragung richtet sich an die versorgten Personen und deren Angehörige. Eine ergänzende Einbeziehung von versorgten Personen ausschließlich zur Durchführung der Zufriedenheitsbefragung erfolgt nicht.
- (12) Bei Anlassprüfungen werden acht der vom Leistungserbringer versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten; die Regelungen zur Zusammensetzung der Personenstichprobe für die Regelprüfung werden analog berücksichtigt. Wenn es für die Anlassprüfung erforderlich ist, kann die Personenstichprobe abweichend davon so gestaltet werden, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann die Stichprobe darauf ausgerichtet werden. Bei Anlassprüfungen kann die Personenstichprobe bei Bedarf auch mehr als acht Personen umfassen.

- (13) Bei Wiederholungsprüfungen werden acht der vom Leistungserbringer versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten; die Regelungen zur Zusammensetzung der Personenstichprobe für die Regelprüfung werden analog berücksichtigt. Wenn es für die Wiederholungsprüfung erforderlich ist, kann die Personenstichprobe abweichend davon so gestaltet werden, dass die bemängelten personenbezogenen Kriterien bewertet werden können.
- (14) Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, kann die Prüfung in Form einer Anlassprüfung durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der MDK die Gründe hierfür gegenüber dem Auftraggeber der Prüfung dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag vom Auftraggeber erteilt ist. Der Leistungserbringer ist hierüber zu informieren.
- (15) Ist eine in die Prüfung einbezogene Person aufgrund kognitiver oder anderer Ursachen nicht auskunftsfähig, wird dies im Prüfbericht vermerkt.

7. Einwilligung

- (1) Für die Einwilligung der versorgten Personen in die Prüfung gilt § 114a Abs. 3a SGB XI entsprechend. Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der versorgten Person oder einer/eines hierzu Berechtigten (vertretungsberechtigte Person, gesetzlich bestellte Betreuerin/bestellter Betreuer) voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person hat die Prüferin/der Prüfer diese in verständlicher Weise aufzuklären über
- Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,
 - den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und die Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme und
 - die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung.

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

- (2) Die Einwilligung der versorgten Person kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise gegenüber den Prüfern abgegeben werden, die Person der/des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die versorgte Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer/eines hierzu Berechtigten einzuholen. Ist eine Berechtigte/ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung der/des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren. Die Einwilligung ist nach § 114a Absatz 2 und 3 SGB XI erforderlich für

- das Betreten der Wohnung der versorgten Person,
- die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der versorgten Person,
- die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,
- die Befragung der versorgten Person, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuerinnen und Betreuer, der Angehörigen sowie sonstiger an der Versorgung beteiligter Personen,
- die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der versorgten Person einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

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

8. Abrechnungsprüfung

- (1) Es werden in Rechnung gestellte Leistungen nach Ziffer 6 Absatz 3 dieser Richtlinie in die Abrechnungsprüfung einbezogen.
- (2) Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage. Die Prüferin/der Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes/zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen. Stellt der MDK im Rahmen einer Regel- oder Wiederholungsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest, kann diese durch den Auftraggeber in eine Anlassprüfung umgewandelt werden.
- (3) Die Abrechnungsprüfung erfolgt bei der Personenstichprobe gemäß Ziffer 6 Absatz 6 dieser Richtlinie.
- (4) Bewertungsmaßstab der Abrechnungsprüfung sind die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen und Ergänzungen. Darüber hinaus ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses heranzuziehen. Die Vergütungsvereinbarungen bzw. Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen und Ergänzungen sind vom Leistungserbringer bereit zu halten.
- (5) Unterlagen, die zur Abrechnungsprüfung eingesehen werden, sind insbesondere Pflegedokumentationen, Durchführungsnachweise/Leistungsnachweise, Rechnungen, Handzeichenlisten, Qualifikationsnachweise, Dienstpläne, Einsatz- oder Tourenpläne, Stundennachweise, Arbeitsverträge/Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen, Berufsurkunden, Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V. Liegen die entsprechenden Unterlagen nicht vor, ist die Abrechnungsprüfung dennoch so weit als möglich durchzuführen. Im Prüfbericht ist zu vermerken, welche Gründe hierfür vorlagen. Die Feststellungen zur Abrechnungsprüfung sind in Kapitel 11 des Erhebungsbogens nach Anlage 1 der QPR-HKP zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 der QPR-HKP auszufüllen. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnung werden Kopien der relevanten Unterlagen angefertigt.

9. Prüfbericht

- (1) Der MDK erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Prüfung einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die konkreten Empfehlungen des MDK zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet. Bei Regelprüfungen wird der Prüfbericht an die Landesverbände der Krankenkassen und den geprüften Leistungserbringer versendet. Bei Anlassprüfungen wird der Prüfbericht an die oder den Auftraggeber sowie an den geprüften Leistungserbringer versendet. Sofern sich die Prüfungen auf kassenspezifische Verträge beziehen, leitet der Auftrag gebende Landesverband der Krankenkasse den Prüfbericht über die anderen Landesverbände an die entsprechenden Krankenkassen weiter.
- (2) Sowohl bei Regel- als auch bei Anlassprüfungen wird der Prüfbericht bei Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung auch an die Krankenkasse versendet, bei der die betreffende versorgte Person versichert ist. Dabei wird gegenüber der betroffenen Krankenkasse in einem gesonderten Dokument offen gelegt, bei welcher versorgten Person (Name, Vorname, Geburtsdatum) Auffälligkeiten festgestellt worden sind. Der betroffenen Krankenkasse werden zur Beweissicherung Kopien abrechnungsrelevanter Unterlagen als Anlage zum Prüfbericht zugeleitet. In schwerwiegenden Fällen systematischer Abrechnungsauffälligkeiten kann der Prüfbericht über die Krankenkasse auch an die jeweilige Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet werden.
- (3) Stellt der MDK schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt er unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes die Auftrag gebenden Landesverbände der Krankenkassen oder die Auftrag gebende Krankenkasse. Hält der MDK bei schwerwiegenden Mängeln die weitere Versorgung der versorgten Person durch den Leistungserbringer für nicht gerechtfertigt, teilt er dies und die dafür maßgebenden Gründe der zuständigen Krankenkasse unverzüglich schriftlich mit.
- (4) Die Bewertung der Prüfergebnisse durch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Krankenkasse erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie den vertraglichen Vereinbarungen nach § 132a Abs. 4 SGB V.
- (5) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes ergibt sich aus Anlage 3 der QPR-HKP.

10. Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

- (1) Sofern der zu prüfende Leistungserbringer einer heimrechtlichen Aufsicht unterliegt, gelten die Vorgaben des § 114 Abs. 3 SGB XI zur Abstimmung der Prüfungen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entsprechend. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Krankenkassen daher die Regelprüfungen in angemessener Weise zu verringern, wenn die Prüfung einer nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nicht länger als neun Monate zurück liegt und deren Prüfergebnisse nach pflegfachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind. Der Leistungserbringer kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.
- (2) Bei Anlassprüfungen von Leistungserbringern, die auch den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI unterliegen, sind die Prüfaufträge der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen mit den Landesverbänden der Pflegekassen abzustimmen. Inhaltliche Doppelprüfungen sind zu vermeiden.

11. Inkrafttreten der Richtlinie

- (1) Die Richtlinie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 275b SGB V

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- 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.

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Leistungserbringer (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

<small>M/Info</small>	
1.2	Daten zum Leistungserbringer
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 Leistungserbringers
n.	Verantw. PFK Name
o.	Stellv. verantw. PFK Name
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen
q.	Zertifizierung

- privat
 freigemeinnützig
 öffentlich
 nicht zu ermitteln

- liegt vor
 liegt nicht vor

<p>r. Prüfrelevante Eigenschaften des Leistungserbringers</p>	<p><input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt einer Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt <u>keiner</u> Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI</p> <p><input type="checkbox"/> anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V</p>
<p>s. Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Leistungserbringer erbracht?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>

M/Info		
1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Krankenkasse oder Krankenkasse	<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT
	<input type="checkbox"/> BKK	<input type="checkbox"/> LKK
	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> vdek
	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Welche:
b. Datum		
	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
c. Uhrzeit		
	1. Tag	von
		bis
	2. Tag	von
		bis
3. Tag	von	
	bis	
d. Gesprächspartner des Leistungserbringers		
e. Prüfende(r) Gutachter		
f. An der Prüfung Beteiligte	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Namen
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Trägerverband	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
g. Ansprechpartner des MDK	Name	
	E-Mailadresse	

<small>M/Info</small>	
1.4 Prüfungsauftrag nach § 275b SGB V	
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 § 275b SGB V	 TT.MM.JJJJ
f. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	 TT.MM.JJJJ
g. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt
	<input type="checkbox"/> Sonstige
	<input type="checkbox"/> keine Angaben
	TT.MM.JJJJ

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

<small>M/Info</small>	
1.6	Nach Angabe des Leistungserbringers 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

<small>M/Info</small>	
1.7	Nach Angabe des Leistungserbringers 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)

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
1.8	Werden Leistungen nach § 37 SGB V ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung		
d.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft		
e.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst		

2. Allgemeine Angaben

		ja	nein	t. n. z.	E.
2.1	Räumliche Ausstattung:				<input type="checkbox"/>
<small>B</small>					
a.	Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
c.	Wohnungsschlüssel der versorgten Personen werden für Unbefugte unzugänglich (z. B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der versorgten Personen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
<small>M/B</small>					
2.2	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Leistungserbringers, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. Aufbauorganisation Personal

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

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

<small>Info</small>			
3.3	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft bei dem Leistungserbringer?		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Stunden</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	Stunden	
Stunden			

<small>Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>		
3.4	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Mit welchem Stundenumfang?</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	Mit welchem Stundenumfang?				
Mit welchem Stundenumfang?						

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
3.5	Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Krankenkassen / der Krankenkasse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
3.6	Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			
a.	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<input type="checkbox"/> Ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7	Entspricht der Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft den Anforderungen der Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
B				
a.	Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft beträgt mindestens 50 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft beträgt mindestens 1,5 Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
3.8	Werden die Mindestanforderungen an die Personalbesetzung nach dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V erfüllt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

Info						
3.9 Zusammensetzung Personal						
Pflege (Grund- und Behandlungspflege)						
	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						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

4. Ablauforganisation

B		ja	nein	E.
4.1	Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	E.
4.2	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
a.	dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
M/B		ja	nein	E.
4.3	Liegen geeignete Einsatz- / Tourenpläne vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Datum der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu versorgten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Angabe der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
M/B		ja	nein	E.
4.4	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Leistungserbringers für die versorgten Personen sichergestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Qualitätsmanagement

5.1		ja	nein		E.
Liegt beim Leistungserbringer 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"/>		
5.2		ja	nein	t. n. z.	E.
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"/>	
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
5.3	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei den versorgten Personen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hygiene

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

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

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

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

7. Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

7.1 Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer bei spezieller Krankenbeobachtung

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

M/Info				
7.1.2 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl zu versorgende Personen mit:				
	nichtinvasiver Beatmung (Maske)	invasiver Beatmung	Tracheostoma (ohne Beatmung)	Sonstigem
Anzahl Personen < 18 Jahre				
Anzahl 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.

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"/>		

		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"/>	

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"/>
M/B		ja	nein	l.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"/>	

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"/>	
	<small>M/B</small>				
<small>M/B</small>					
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>					
<small>M/B</small>					
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>					

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

8. Allgemeine Angaben

M/Info						
8.1	Auftragsnummer:					
	Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info		ja	nein
8.2	Angaben zur versorgten Person		
a.	Name		
b.	Krankenkasse		
c.	Geburtsdatum		
d.	Beginn der Versorgung durch den Leistungserbringer		
e.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers		
f.	Pflegegrad		
	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
g.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	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		
i.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>

<small>M/Info</small>	
8.4	Anwesende Personen
a.	Name des Gutachters
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers
c.	Name des Mitarbeiters
d.	sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)

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 der versorgten Person 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 Menschen 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, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
9.11	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
9.12	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
9.13	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
9.14	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
9.15	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
9.16	t. n. z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
9.17	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
9.18	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
9.19	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen 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?
9.23	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?

9.1	Ist bei pflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.2	Wird mit dem Absaugen der versorgten Person sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.3	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.4	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.5	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.6	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.7	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.8	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.9	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.10	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.11	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.12	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.13	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.14	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
9.16	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

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

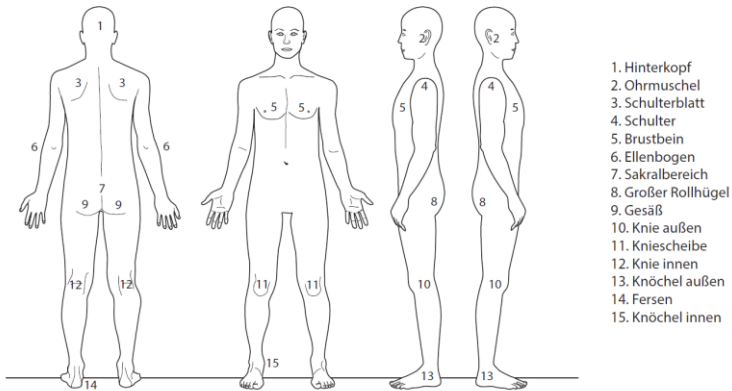
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

t. n. z.

M/Info

9.26 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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

M/Info		t. n. z.			
9.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input type="checkbox"/>			
a.	Wunde 1				
b.	Wunde 2				
c.	Wunde 3				
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.29	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.32	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.33	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.34	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
9.35	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Leistungserbringers bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		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"/>	

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?

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"/>	

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

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

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte die 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"/>

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung 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"/>

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

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

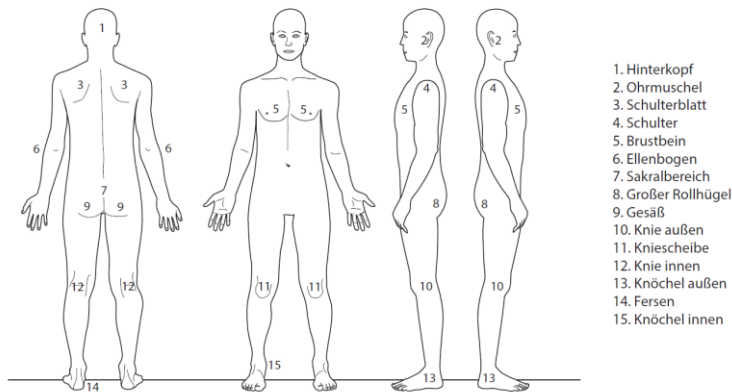
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.11	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.12	Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.13	Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.14	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.15	Wird mit dem Absaugen der versorgten Person sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.16	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.17	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.18	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.19	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.20	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, 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/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.26	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.27	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.28	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/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"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.30	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.31	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/Info					nein
10.32	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?				<input type="checkbox"/>
ja:					
akute Schmerzen		<input type="checkbox"/>			
chronische Schmerzen		<input type="checkbox"/>			
Von:					
Gutachter beurteilt		<input type="checkbox"/>			
Leistungserbringer übernommen		<input type="checkbox"/>			
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.33	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.34	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.35	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

t. n. z.

10.36 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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

M/Info		t. n. z.			
10.37	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input type="checkbox"/>			
a.	Wunde 1				
b.	Wunde 2				
c.	Wunde 3				
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.38	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.39	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.40	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.41	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.42	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.43	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.44	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.45	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Leistungserbringers bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.46	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		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"/>	

11. Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

M/Info									
11.1 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, Toiletentraining					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Ausscheiden, <input type="checkbox"/> Kontinenztraining, Toiletentraining					
3	<input type="checkbox"/>	Ernährung	verordnet	<input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> Sondennahrung, Verabreichen von					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr <input type="checkbox"/> Sondennahrung, Verabreichen von					

Pos LV	Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
4	<input type="checkbox"/> Körperpflege	verordnet	<input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen					
			<input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese					
		genehmigt	<input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe					
			<input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden					
5	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung	verordnet						
		genehmigt						
6	<input type="checkbox"/> Absaugen	verordnet	<input type="checkbox"/> Obere Luftwege <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
		genehmigt	<input type="checkbox"/> Obere Luftwege <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
7	<input type="checkbox"/> Anleitung bei der Behandlungspflege	verordnet						
		genehmigt						
8	<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät, Bedienung/Überwachung	verordnet						
		genehmigt						
9	<input type="checkbox"/> Blasenspülung	verordnet						
		genehmigt						
10	<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung	verordnet						
		genehmigt						

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ		
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis	
11	<input type="checkbox"/>	Blutzuckermessung	verordnet							
			genehmigt							
12	<input type="checkbox"/>	Dekubitusbehandlung	verordnet							
			genehmigt							
13	<input type="checkbox"/>	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	verordnet							
			genehmigt							
14	<input type="checkbox"/>	Einlauf/Klistier/Klyisma und digitale Enddarmausräumung	verordnet							
			genehmigt							
15	<input type="checkbox"/>	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							

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						

Pos LV		Maßnahm e		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 Kompressionsverband					
				<input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose					
				<input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden					
				<input type="checkbox"/> Anlegen / Abnehmen Kompressionsverband					
				<input type="checkbox"/> An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose					
				<input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
<i>Freitext:</i>									

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

t. n. z.

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

M/B		ja	nein	t. n. z.
11.4	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 nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht				
<input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten				
<input type="checkbox"/> Leistung war nicht erforderlich				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

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

M/B		ja	nein	t. n. z.
11.6	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 Pflegetmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein:				
<input type="checkbox"/> Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht				
<input type="checkbox"/> Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht				
<input type="checkbox"/> Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht				
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht				
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht				
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht				
<input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche</i> :				
<i>Freitext:</i>				

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

12. Sonstiges

(Freitext)

13. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

<small>M/B</small>		<small>immer</small>	<small>häufig</small>	<small>geleg.</small>	<small>nie</small>	<small>k. A.</small>
13.1	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Leistungserbringer grundsätzlich zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/Info</small>		<small>ja</small>			<small>nein</small>	<small>k. A.</small>
13.2	Haben Sie Anregungen / Beschwerden / Informationen, die wir an die Krankenkasse weitergeben sollen?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, <i>welche</i> :						

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 275b SGB V

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- 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.

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Leistungserbringer (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 275b Abs. 3 SGB V. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe Anlage 3 zu Teil 1 QPR-HKP.

<small>M/Info</small>	
1.2	Daten zum Leistungserbringer
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 Leistungserbringers
n.	Verantw. PFK Name
o.	Stellv. verantw. PFK Name
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen
q.	Zertifizierung

- privat
 freigemeinnützig
 öffentlich
 nicht zu ermitteln

- liegt vor
 liegt nicht vor

r. Prüfrelevante Eigenschaften des Leistungserbringers	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt einer Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI <input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt <u>keiner</u> Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI <input type="checkbox"/> anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V
s. Wird mindestens bei einer Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Leistungserbringer erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erläuterung zur Prüffrage 1.2:

Trägerart

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

Institutionskennzeichen (IK)

Das Institutionskennzeichen ist vom Leistungserbringer zu erfragen. Es muss mindestens ein Institutionskennzeichen enthalten sein (Pflichtfeld). Unter IK 1. sollte eine IK Nummer eingetragen werden, die vom Leistungserbringer zur Abrechnung der behandlungspflegerischen Leistungen verwendet wird. Es kann sein, dass weitere Institutionskennzeichen vergeben worden sind (optional, wenn vorhanden).

Datum der Inbetriebnahme des Leistungserbringers

Hier ist anzugeben, seit wann der Leistungserbringer unter dem jetzigen Träger besteht.

Zertifizierung

Nach Möglichkeit sollte das Zertifizierungsunternehmen im Freitext benannt werden.

Prüfrelevante Eigenschaften des Leistungserbringers

Die prüfrelevanten Eigenschaften des Leistungserbringers ergeben sich aus dem Prüfauftrag oder aus Hinweisen des Leistungserbringers. Ergeben sich im Rahmen der Prüfung Hinweise zu den prüfrelevanten Eigenschaften, sind diese hier zu berücksichtigen und im Freitext zu erläutern.

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 Krankenkasse oder Krankenkasse	<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT	
	<input type="checkbox"/> BKK	<input type="checkbox"/> LKK	
	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> vdek	
	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Welche:	
b. Datum			
	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	
c. Uhrzeit			
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
d. Gesprächspartner des Leistungserbringers			
e. Prüfende(r) Gutachter			
f. An der Prüfung Beteiligte	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Namen	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
g. Ansprechpartner des MDK	Name		
	E-Mailadresse		

Erläuterung zur Prüffrage 1.3:

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und -zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnern des Leistungserbringers, Prüfern des MDK 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 1.3g werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

<small>M/Info</small>	
1.4 Prüfungsauftrag nach § 275b SGB V	
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 § 275b SGB V TT.MM.JJJJ
f.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI TT.MM.JJJJ
g.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben
	TT.MM.JJJJ

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

Erläuterung zur Prüffrage 1.5:

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

Als versorgte Personen entsprechend SGB V gelten nur Sachleistungsbezieher nach § 37 SGB V.

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 1.6:

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

M/Info	
1.7	Nach Angabe des Leistungserbringers 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)

Erläuterung zur Prüffrage 1.7:

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

M/Info		ja	nein
1.8	Werden Leistungen nach § 37 SGB V ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung		
d.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft		
e.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst		

Erläuterung zur Prüffrage 1.8:

Zur Erfüllung ihres Vertrages können zugelassene Leistungserbringer mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Soweit ein Leistungserbringer Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem Auftrag gebenden Leistungserbringer bestehen. Mit der Frage soll erfasst werden, ob die genannten Leistungsbereiche ganz oder teilweise durch externe Leistungserbringer (Outsourcing) erbracht werden. Die Kooperationspartner sind im Freitext zu benennen. Die teilweise Einbeziehung von z. B. Ernährungs- oder Wundberatern ist hier nicht zu erfassen.

2. Allgemeine Angaben

		ja	nein	t. n. z.	E.
2.1	Räumliche Ausstattung:				<input type="checkbox"/>
<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"/>	
<small>B</small>					
<small>M/B</small>					
2.2	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Leistungserbringers, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.2:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Daten der versorgten Personen 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 Leistungserbringers schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.

3. Aufbauorganisation Personal

M/Info		ja	nein	E.
3.1	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Krankenkassen / der Krankenkasse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		ja	nein	t. n. z.
3.2	Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			<input type="checkbox"/>
a.	Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Weiterbildung zur Leitungsqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.2:

Die Festlegung in den Rahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs. 1 SGB V sind zu beachten. Abweichende vertragliche Anforderungen nach § 132a Abs. 4 SGB V sind zu berücksichtigen.

Pflegefachkräften nach den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V sind:

- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerinnen oder Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder
- Altenpflegerinnen oder Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.

Zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte, die aufgrund besonderer Regelungen in einzelnen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt sind und diese Funktion ausgeübt haben bzw. ausüben, können gemäß den Bundesrahmenempfehlungen auch von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 4 SGB V in anderen Bundesländern als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden.

Bei einer Spezialisierung des Leistungserbringers auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung kann entweder die verantwortliche Pflegefachkraft oder die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft auch über eine Qualifikation als Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger verfügen.

Eine ausreichende Berufserfahrung liegt vor, wenn innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre die Tätigkeit als Fachkraft hauptberuflich ausgeübt wurde, davon mindestens neun Monate im ambulanten Bereich.

Die Anforderungen an die Leitungsqualifikation sind identisch mit denen im Bereich des SGB XI.

Wenn der Leistungserbringer mindestens eine Person versorgt die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie erhält, ist zusätzlich zu dieser Frage die Frage 7.2.1 in Kapitel 7 zu beantworten. Wenn der Leistungserbringer ausschließlich Personen versorgt, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP Richtlinie erhalten, ist die Frage mit „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 7.2.1 zu beantworten.

Info	
3.3	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft bei dem Leistungserbringer?
Stunden	

Erläuterung zur Prüffrage 3.3:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

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

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
3.5	Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Krankenkassen / der Krankenkasse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>
3.6	Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			
<small>B</small>	a. <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>	b. <input type="checkbox"/> Ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>	c. <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>	d. <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.6:

Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft muss hinsichtlich des Berufsabschlusses und der Berufserfahrung die gleichen Anforderungen wie die der verantwortlichen Pflegefachkraft erfüllen.

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
3.7	Entspricht der Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft den Anforderungen der Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V?			<input type="checkbox"/>
<small>B</small>	a. Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft beträgt mindestens 50 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>	b. Stellenumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft und der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft beträgt mindestens 1,5 Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
3.8	Werden die Mindestanforderungen an die Personalbesetzung nach dem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.8

Es ist der Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V mit den höchsten Mindestanforderungen an die Personalbesetzung zur Bewertung maßgeblich.

Info						
3.9 Zusammensetzung Personal						
Pflege (Grund- und Behandlungspflege)						
	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						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

Erläuterung zur Prüffrage 3.9:

Mitarbeiter mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten. Nur die Mitarbeiter sind in der Liste aufzunehmen, die beim Leistungserbringer 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 des Leistungserbringers. Sie sind bei der Prüfung der Kriterien in Kapitel 4 Ablauforganisation zugrunde zu legen. Festgestellte Auffälligkeiten sind zu benennen.

Stellt der Prüfer Diskrepanzen zwischen den Angaben des Leistungserbringers und seinen eigenen

Feststellungen fest, ist dies im Freitext anzugeben.

4. Ablauforganisation

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.1:

Als Hintergrundinformationen dienen die Fragen 3.3 und 3.4.

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

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

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

M/B	ja	nein	E.
4.4 Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Leistungserbringers für die versorgten Personen sichergestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.4:

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

5. Qualitätsmanagement

		ja	nein	E.
5.1	Liegt beim Leistungserbringer 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"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

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.

		ja	nein	t. n. z.	E.
5.2	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"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.2:

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

Erläuterung zur Prüffrage 5.2g:

„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	t. n. z.	E.
5.3	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei den versorgten Personen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B					

Erläuterung zur Prüffrage 5.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine schriftliche Regelung für Mitarbeiter zum Umgang mit Notfällen bei den versorgenden Personen besteht (z. B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen die versorgte Person nicht öffnet).

Wenn der Leistungserbringer mindestens eine Person versorgt die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie erhält, ist „t. n. z.“ anzukreuzen und die Frage 7.4.2 in Kapitel 7 zu beantworten.

6. Hygiene

		ja	nein	E.
6.1	Gibt es beim Leistungserbringer 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"/>	

Erläuterung 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 dem Leistungserbringer 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"/>		

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.2:

Es ist zu prüfen, ob die Versorgung durch den Leistungserbringer 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"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.3:

Zur Beantwortung dieser Frage ist zu überprüfen, ob beim Leistungserbringer entsprechende Arbeitshilfen vorrätig sind, außerdem sind die Mitarbeiter des Leistungserbringers zu befragen.

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

Erläuterung zur Prüffrage 6.4:

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

- Mitarbeiter des Leistungserbringers sind über Hygiene und Vorsichtsmaßnahmen zu informieren und ggf. zu schulen.
- Versorgende 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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringer bei spezieller Krankenbeobachtung

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.1.1:

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

<small>M/Info</small>				
7.1.2 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl zu versorgende Personen mit:				
	nichtinvasiver Beatmung (Maske)	invasiver Beatmung	Tracheostoma (ohne Beatmung)	Sonstigem
Anzahl Personen < 18 Jahre				
Anzahl Personen ab 18 Jahre				

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

t. n. z.

Erläuterung zur gesamten 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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringer schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche versorgt, sind vorrangig Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in mit den o.g. (optionalen) Zusatzqualifikationen einzusetzen.

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 7.2.2 b:

„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, Pflegeteam, Geräteprovider, Sozialarbeiter / Sozialpädagogen, ggf. Therapeuten, ggf. Kostenträger) sowie eine Planung zur Ausstattung der pflegerischen Versorgung durch den Leistungserbringer 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 des Patienten 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 pflegefachliche 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 7.3.2 a:

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 7.3.2 b:

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 zum Umgang mit Notfällen bei versorgten Personen besteht (z. B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen die versorgte Person nicht öffnet), verbindlich festgelegt und diese den dort eingesetzten Mitarbeitern nachweislich bekannt sind und darüber hinaus eine
- 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

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 Rückverfolungszeitraum von sechs Monaten ist nur in begründeten Einzelfällen zu überschreiten.

8. Allgemeine Angaben

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:					
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info		ja	nein
8.2 Angaben zur versorgten Person			
a.	Name		
b.	Krankenkasse		
c.	Geburtsdatum		
d.	Beginn der Versorgung durch den Leistungserbringer		
e.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers		
f. Pflegegrad			
<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
g.	Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	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		
i.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

M/Info	
8.4	Anwesende Personen
a.	Name des Gutachters
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers
c.	Name des Mitarbeiters
d.	sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)

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

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

9. Behandlungspflege

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

Der Leistungserbringer 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.

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 der versorgten Person 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 Menschen 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, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
9.11	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
9.12	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
9.13	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
9.14	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
9.15	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
9.16	t. n. z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
9.17	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.1:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen versorgten Personen über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des Leistungserbringers 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 versorgte Personen, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.2 :

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten wenn:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.5:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.6:

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

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

- eine gezielte Informationssammlung nachzuvollziehen ist

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

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.7:

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

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

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.8:

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.9:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.16:

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

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.17:

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.19:

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.20:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.21:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.22:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für akute oder chronische Schmerzen bestehen. Grundsätzlich gilt: Selbsteinschätzung geht vor

Fremdeinschätzung. Es ist zu überprüfen, ob bei der versorgten Person akute oder chronische Schmerzen bestehen.

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

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.23:

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.24:

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

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.25:

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

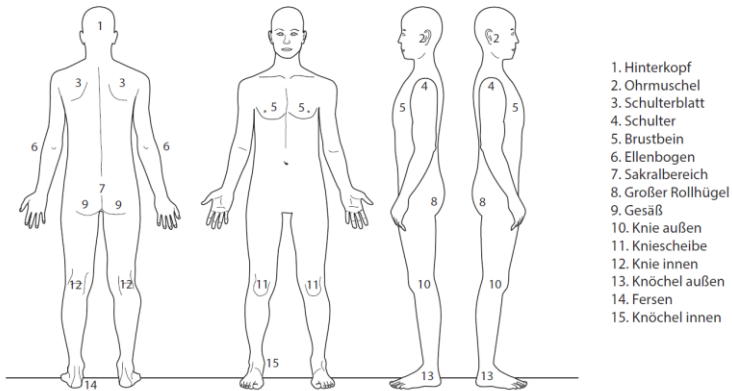
- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung der Arzt informiert und Infusion abgestellt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

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

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"/>				

Erläuterung zur Prüffrage 9.26:

9.26 d. ist nur bei Dekubitalucera 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.

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

ja nein t. n. z. E.

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.29:

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

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

Dieses Kriterium wird auch als erfüllt bewertet, wenn der Leistungserbringer 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 versorgte Personen, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.32:

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 der versorgten Person oder Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) - c) erfolgt, weil die versorgte Person dies wünscht und der Leistungserbringer den die versorgte Person 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.
9.33	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.33:

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.34:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.35:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.36:

Eine Risikoeinschätzung des Leistungserbringers 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 9 geprüft.

Der Leistungserbringer 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.

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?

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"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 10.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Leistungserbringer 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	t. n. z.
10.2	Welcher Beatmungszugang liegt vor?		<input type="checkbox"/>
a.	nichtinvasive Beatmung mit Nasenmaske	<input type="checkbox"/>	
b.	nichtinvasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske	<input type="checkbox"/>	
c.	nichtinvasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske	<input type="checkbox"/>	
d.	nichtinvasive Beatmung mit Mundstück	<input type="checkbox"/>	
e.	invasive Beatmung mit Trachealkanüle	<input type="checkbox"/>	
f.	Sonstige	<input type="checkbox"/>	

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.3:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.4:

Die Frage bezieht sich auf das Verhältnis von Pflegefachkräften (ggf. mit Zusatzqualifikationen) zu 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 Leistungserbringer und der Krankenkasse.

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte die 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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.5:

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

- Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege
- mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren
- 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)

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.6:

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

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung 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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.7:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen versorgten Personen über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des Leistungserbringers 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 versorgte Personen, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.9:

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.10:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.11:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten wenn:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.12:

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

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.13:

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

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.14:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.15:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.16:

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

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

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

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.17:

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

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

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.18:

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.19:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.26:

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

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

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

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

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.27:

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

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

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Medikamente und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, 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/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.29:

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.30:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.31:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.32:

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

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

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

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

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

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

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

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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.33:

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.34:

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

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.35:

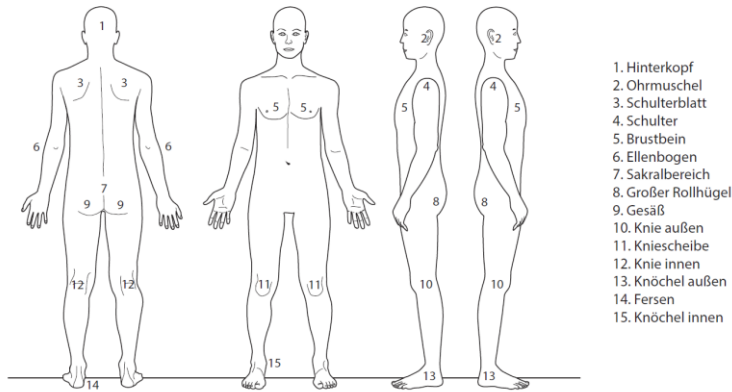
Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn folgende Aspekte berücksichtigt werden:

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

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

t. n. z.

10.36 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.36

10.36 d. 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/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 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 Leistungserbringer 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 versorgte Personen, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

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

M/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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 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 der versorgten Person oder Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) - c) erfolgt, weil die versorgte Person dies wünscht und der Leistungserbringer den die versorgte Person 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"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.43:

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

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.44:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.45:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.46:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.47:

Eine Risikoeinschätzung des Leistungserbringers 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.

11. Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

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

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
4	<input type="checkbox"/>	Körperpflege	verordnet	<input type="checkbox"/> Duschen, Baden, Waschen <input type="checkbox"/> Pflege einer Augenprothese <input type="checkbox"/> Mundpflege als Prophylaxe <input type="checkbox"/> An- und/oder Auskleiden					
			genehmigt						
5	<input type="checkbox"/>	Hauswirt- schaftliche Versorgung	verordnet						
			genehmigt						
6	<input type="checkbox"/>	Absaugen	verordnet	<input type="checkbox"/> Obere Luftwege <input type="checkbox"/> Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
			genehmigt						
7	<input type="checkbox"/>	Anleitung bei der Behandlungsp flege	verordnet						
			genehmigt						
8	<input type="checkbox"/>	Beatmungs- gerät, Bedienung/ Überwachung	verordnet						
			genehmigt						
9	<input type="checkbox"/>	Blasen- spülung	verordnet						
			genehmigt						
10	<input type="checkbox"/>	Blutdruck- messung	verordnet						
			genehmigt						

Pos LV		Maßnahme		Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ		
					X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis	
11	<input type="checkbox"/>	Blutzuckermes- sung	verordnet							
			genehmigt							
12	<input type="checkbox"/>	Dekubitusbe- handlung	verordnet							
			genehmigt							
13	<input type="checkbox"/>	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	verordnet							
			genehmigt							
14	<input type="checkbox"/>	Einlauf/Klistier/ Klyisma und digitale Enddarmaus- räumung	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"/>	Krankenbeo- bachtung, spezielle	verordnet							
			genehmigt							

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"/>	Medikamenten- gabe (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"/>	Stromabehandlung	verordnet genehmigt						
29	<input type="checkbox"/>	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	verordnet genehmigt						
30	<input type="checkbox"/>	Venenkatheter, Pflege des zentralen	verordnet genehmigt						

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 Anlegen / Abnahmen					
				<input type="checkbox"/> Kompressionsverband An- u. Ausziehen					
				<input type="checkbox"/> Kom- pressionsstrümpfe / Strumpfhose					
				<input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
			genehmigt	<input type="checkbox"/> Anlegen / Wechseln von Wundverbänden Anlegen / Abnahmen					
				<input type="checkbox"/> Kompressionsverband An- u. Ausziehen					
				<input type="checkbox"/> Kom- pressionsstrümpfe / Strumpfhose					
				<input type="checkbox"/> Anlegen v. stützenden u. stabilisierenden Verbänden					
<i>Freitext:</i>									

Erläuterung zur Prüffrage 11.1:

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.

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

t. n. z.

Erläuterung zur Prüffrage 11.2:

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

M/B		ja	nein	t. n. z.
11.3	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leistung gar nicht erbracht <input type="checkbox"/> Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht <input type="checkbox"/> Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein <input type="checkbox"/> Fehlende Handzeichen <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche:</i> 				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 11.3:

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.
11.4	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Leistung nicht vollständig erbracht <input type="checkbox"/> Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten <input type="checkbox"/> Leistung war nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Sonstiges, <i>welche:</i> 				
<i>Freitext:</i>				

Erläuterung zur Prüffrage 11.4:

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).

Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erbringung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen durch Pflegefachkräfte), Hausbesuchspauschalen (z.B. Abschläge für mehrere Personen im Haushalt/Wohngemeinschaften/Betreutes Wohnen), Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch, Fahrtkostenregelungen und ggf. Zeitvereinbarungen sind zu beachten. Weiterhin ist zu beachten, ob der die Verordnung auslösende Sachverhalt im geprüften Abrechnungszeitraum vorlag (z. B. bei einer Wundversorgung die Wunde) und die die ärztliche Verordnung konkretisierenden ärztlichen Vorgaben (z. B. Medikamentenplan) mit den abgerechneten Leistungen übereinstimmen (z. B. Häufigkeit der Medikamentengabe).

Es ist nicht Aufgabe des Prüfers, festzustellen, ob eine im Haushalt lebende Person die Leistungen durchführen kann. Diese Feststellung obliegt dem verordnenden Vertragsarzt. Es geht ebenfalls nicht um die Frage der ärztlichen Indikation.

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.5:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.6:

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

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden alle von der Kasse genehmigten ärztlich verordneten Leistungen geprüft. Zu berücksichtigen sind bei der Frage Regelungen der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V einschließlich Anlagen, Vergütungsvereinbarungen, Individualverträge und die HKP-Richtlinien. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen und ggf. Zeitvereinbarungen sind zu beachten.

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

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

Das Kriterium ist mit „nein“ zu beantworten, wenn

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.7:

Bei dieser Prüffrage kann der Prüfer sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung im Freitext geben, die sich nicht durch die vorherigen Fragen in Kapitel 11 zuordnen lassen.

12. Sonstiges

(Freitext)

13. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragungsinstruktion

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

Die Zufriedenheitsbefragung richtet sich an die versorgte Person sowie seine Angehörigen.

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

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

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes

Die Erstellung des Prüfberichtes erfolgt auf der Grundlage der QPR-HKP und auf der Basis der Erhebungsbögen zur Prüfung des Leistungserbringers sowie zur Prüfung bei der versorgten Person einschließlich der Befragung der versorgten Person oder seiner Angehörigen. Der Prüfbericht wird EDV-gestützt erstellt. Die Darstellung der Prüfergebnisse im Prüfbericht erfolgt in deskriptiver Form.

Der Prüfbericht gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Prüfmaßstab
 1. Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer
 2. Zusammenfassende Beurteilung
 3. Empfehlungen

- Anlagen zum Prüfbericht
 - Erhebungsbogen Leistungserbringer
 - Erhebungsbögen versorgte Personen
 - Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der versorgten Personen bzw. der Angehörigen.

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Prüfmaßstab

Unter Prüfmaßstab werden die Prüfgrundlagen aufgelistet, die gemäß Ziffer 6 Abs. 5 der QPR-HKP Basis der Prüfungen sind.

1. Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer

Um die Identifikation des Prüfberichtes im Rahmen der Berichtspflicht nach § 275b Abs. 3 SGB V i. V. m. § 114a Abs. 6 SGB XI zu ermöglichen, wird eine Auftragsnummer vergeben. Die Auftragsnummer setzt sich wie folgt zusammen:

Position 1-6	erster Tag der Prüfung = JJMMTT
Position 7	Vollprüfung = V
Position 8	H= Leistungserbringer häusliche Krankenpflege
Position 9-10	MDK Baden-Württemberg = 18 MDK Bayern = 19 MDK Berlin-Brandenburg = 01 MDK im Lande Bremen = 03 MDK Nord = 02 MDK Hessen = 15 MDK Mecklenburg-Vorpommern = 21 MDK Niedersachsen = 12 MDK Nordrhein = 14 MDK Rheinland-Pfalz = 16 MDK Saarland = 17 MDK Sachsen = 25 MDK Sachsen-Anhalt = 23 MDK Thüringen = 24 MDK Westfalen-Lippe = 13 SMD Knappschaft = 31
Position 11-16	Dienststelle
Position 17	Bindestrich
Position 18-26	Laufende Auftragsnummer
Beispiel: 180730VH24000006-000005196 (Prüfung am 30.07.2018, Leistungserbringer häusliche Krankenpflege, laufende Nr. 6, MDK Thüringen)	

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.7 werden automatisiert aus dem Erhebungsbogen in den Bericht übernommen.

2. Zusammenfassende Beurteilung

In der Zusammenfassung werden die wesentlichen Aspekte jedes Kapitels zur Durchführung der Prüfung und zu den Prüfergebnissen aus dem Erhebungsbogen zur Prüfung des Leistungserbringers sowie aus den Erhebungsbögen zur Prüfung bei der versorgten Person dargestellt. Insbesondere ist der Umgang des Leistungserbringers mit Leistungen der Behandlungspflege wie z. B. Wundversorgung oder spezieller Krankenbeobachtung darzustellen. Besonders positive oder negative Ergebnisse werden hervorgehoben. Eine nachvollziehbare Benennung der festgestellten Qualitätsdefizite ist dabei erforderlich, damit

diese für die Bescheiderteilung der Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen sowie für ggf. erforderliche Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen können. Ergebnisse zur Abrechnungsprüfung sind in der zusammenfassenden Beurteilung ebenfalls darzustellen. Dabei ist auch die Summe aller Auffälligkeiten bei der Abrechnungsprüfung für alle in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen für alle Bewertungsfragen zu Leistungen nach dem SGB V anzugeben.

Bei einer Wiederholungsprüfung ist auf die vorangegangene Prüfung Bezug zu nehmen. Bei einer Anlassprüfung ist auf den Anlass einzugehen.

Auf Qualitätsaspekte, die nicht durch das standardisierte Prüfinstrumentarium erfasst werden konnten, ist individuell einzugehen.

3. Empfehlungen

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

Anlagen zum Prüfbericht

Erhebungsbogen Leistungserbringer

Hier werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 2 bis 7** des Erhebungsbogens zur Prüfung des Leistungserbringers dargestellt.

Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Leistungserbringers zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Fragen, die für den Leistungserbringer nicht zutreffen oder die bei der Prüfung nicht relevant sind, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten:

- Bei dichotomen Fragen:

- Ja Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.
- Nein Die Anforderungen wurden nicht erfüllt.

- Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

- Alle Kriterien ja Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.

- Nicht alle Kriterien ja Die Anforderung wurde mit X von Y Kriterien erfüllt.
Nicht erfüllt sind die Kriterien: a, b.

Beispiel

Frage 6.1: Gibt es beim Leistungserbringer ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde mit 3 von 5 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- c. Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen wird regelmäßig geprüft.
- d. innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt.

Die Angaben zu den Fragen 7.1.1 und 7.1.2 werden automatisiert aus dem Erhebungsbogen übernommen.

Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person

Hier werden die Erhebungsbögen für jede in Augenschein genommene versorgte Person aufgenommen.

In **Kapitel 8** werden die allgemeinen Daten für die jeweils in Augenschein genommene versorgte Person und der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters in anonymisierter Form dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 9 bis 11** des Erhebungsbogens zur Prüfung der jeweils in Augenschein genommenen versorgten Person dargestellt.

In den **Kapiteln 9 bis 11** wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jede versorgte Person automatisch in den Prüfbericht übernommen. Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Leistungserbringers zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Fragen, die für die versorgte Person nicht zutreffen, werden nicht in den Prüfbericht übernommen. Die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung werden ebenso wie die Ergebnisse der Qualitätsprüfung dargestellt.

Antwortmöglichkeiten je versorgter Person:

- Ja
- Nein.

Kapitel 12 (Sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In **Kapitel 13** wird eine Befragung der in Augenschein genommenen versorgten Personen

bzw. ihrer Angehörigen zu ihrer Zufriedenheit mit dem Leistungserbringer durchgeführt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

- Ja
- Nein
- Keine Angaben.