

Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund
**Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege
und außerklinische Intensivpflege**
Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V
(QPR-HKP und AKI)



Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege

Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V (QPR-HKP und AKI)

Diese Richtlinien wurden vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt und nach ordnungsgemäßer Durchführung des Beteiligungs- und Anhörungsverfahrens nach § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V, § 275b Absatz 1 Satz 5 SGB V und § 114a Absatz 7 SGB XI gemäß des § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V am 8. Mai 2024 erlassen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien am 3. Juli 2024 genehmigt.

Datum des Inkrafttretens: 13. Juli 2024

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

Titelfoto

© Medizinischer Dienst
Alla – stock.adobe.com

Umschlaggestaltung & Satz

fountain studio, fountainstudio.de

Juli 2024

Vorwort

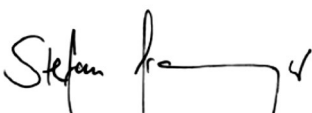
Bei Personen, die auf außerklinische Intensivpflege angewiesen sind, etwa weil sie maschinell beatmet werden und einer permanenten Anwesenheit und Interventionsbereitschaft einer qualifizierten Pflegefachkraft bedürfen, handelt es sich um eine hochvulnerable Patientengruppe mit einem besonderen Schutzinteresse. Auch bei Personen mit einem Bedarf an häuslicher Krankenpflege liegen zum Teil komplexe Versorgungssituationen vor, beispielsweise, weil sie eine chronische Wunde haben, die qualifiziert versorgt werden muss. Diese Personen werden durch Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege oder der häuslichen Krankenpflege versorgt und müssen sich darauf verlassen können, dass dies mit hoher Qualität erfolgt. Die Medizinischen Dienste führen als unabhängige Beratungs- und Begutachtungsinstitutionen Qualitätsprüfungen bei diesen Leistungserbringern durch. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgungsqualität der betroffenen Personen.

Der Medizinische Dienst Bund koordiniert als unabhängige medizinische und pflegefachliche Expertenorganisation die fachliche Arbeit der Medizinischen Dienste, unter anderem um Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach bundesweit einheitlichen Kriterien sicherzustellen. Diese Kriterien werden in Qualitätsprüfungs-Richtlinien festgelegt, sodass im Sinne der Versicherten gewährleistet wird, dass die Qualität der Leistungserbringer einheitlich und nach fachlichen und objektiven Kriterien bewertet wird.

Hintergrund der Überarbeitung der Richtlinien ist das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG), mit dem die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege gestärkt werden soll. Aufgrund der gesetzlichen Änderungen ist es notwendig geworden, die bisherigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) an die neuen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege anzupassen. Außerdem wurden spezielle Aspekte der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, der Wundversorgung sowie der erweiterten Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften in die hier nun vorliegenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege (QPR-HKP und AKI) aufgenommen.

Für ihre engagierte Mitwirkung ist allen Stellungnehmenden zu danken, die im Stellungnahmeverfahren wertvolle Hinweise und Anregungen übermittelt haben. Besonderer Dank gilt der zuständigen Facharbeitsgruppe, die die Änderung der Richtlinien erarbeitet hat.

Essen im Mai 2024



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund



Carola Engler
Stv. Vorstandsvorsitzende
Medizinischer Dienst Bund

Inhaltsverzeichnis

Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V (QPR-HKP und AKI).....	8
1 Ziel der Richtlinien	9
2 Geltungsbereich.....	9
3 Prüfauftrag	10
4 Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung	12
5 Eignung der Prüferinnen und Prüfer	15
6 Prüfinhalte und Umfang der Prüfung	16
7 Einwilligung.....	20
8 Abrechnungsprüfung	21
9 Prüfbericht	22
10 Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen und den Ersatzkassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden	23
11 Inkrafttreten.....	24

Anlage 1 – Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 275b SGB V 26

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Leistungserbringer (Struktur- und Prozessqualität)..... 27

1	Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer.....	27
Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V..... 31		
2	Allgemeine Angaben	31
3	Aufbau- und Ablauforganisation Personal	31
4	Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten.....	36
5	Hygiene	38
Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V..... 39		
2	Allgemeine Angaben	39
3	Aufbau- und Ablauforganisation Personal	41
4	Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten.....	46
5	Hygiene	49

Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person (Prozess- und Ergebnisqualität) 51

6	Allgemeine Angaben	51
Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V..... 53		
7	Behandlungspflege	53
8	Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.....	65
9	Sonstiges.....	73
10	Zufriedenheit des Leistungsbeziehers.....	74
Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V..... 75		
7	Behandlungspflege bei außerklinischer Intensivpflege.....	75
8	Abrechnungsprüfung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V	87
9	Sonstiges.....	90
10	Zufriedenheit des Leistungsbeziehers.....	91

Anlage 2 – Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 275b SGB V	92
Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Leistungserbringer (Struktur- und Prozessqualität)	93
1 Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer.....	93
Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V	99
2 Allgemeine Angaben	99
3 Aufbau- und Ablauforganisation Personal	100
4 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten...	110
5 Hygiene	114
Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V.....	117
2 Allgemeine Angaben	117
3 Aufbau- und Ablauforganisation Personal	120
4 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten...	132
5 Hygiene	136
Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person (Prozess- und Ergebnisqualität)	139
6 Allgemeine Angaben	139
Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V	143
7 Behandlungspflege	143
8 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.....	169
9 Sonstiges.....	180
10 Zufriedenheit des Leistungsbeziehers.....	181
Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V.....	183
7 Behandlungspflege bei außerklinischer Intensivpflege.....	183
8 Abrechnungsprüfung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V	214
9 Sonstiges.....	217
10 Zufriedenheit des Leistungsbeziehers.....	218

Anlage 3 – Struktur und Inhalte des Prüfberichtes.....	220
1 Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer	222
2 Zusammenfassende Beurteilung.....	223
3 Empfehlungen	224
 Anlage 4	
Personenstichprobe bei Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132l Absatz 5 SGB V und ggf. weiteren Verträgen nach § 132a Absatz 4 SGB V und § 72 SGB XI	226

Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege

Grundlagen der Qualitätsprüfungen
nach § 275b SGB V
(QPR-HKP und AKI)

1 Ziel der Richtlinien

1. Die QPR-HKP und AKI dienen als verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität und der Abrechnungen von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V¹ nach einheitlichen Kriterien.
2. Die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen auf der Grundlage dieser Richtlinien 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 und die Ersatzkassen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und fördern den Verbraucherschutz der Versicherten, die Leistungen der Leistungserbringer in Anspruch nehmen.

2 Geltungsbereich

1. Diese Richtlinien sind für den Medizinischen Dienst und den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD) verbindlich. Die Verbindlichkeit für die Landesverbände der Krankenkassen und ihre Mitgliedskassen ergibt sich aus § 210 Absatz 2 SGB V. Diese Richtlinien sind ebenfalls für die Ersatzkassen verbindlich.
2. Die Richtlinien finden Anwendung bei Regelprüfungen nach § 275b Absatz 1 Satz 1 SGB V von Leistungserbringern, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V geschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen. Abweichend von Satz 1 findet die vorliegende QPR auch Anwendung bei Regelprüfungen nach § 275b Absatz 1 Satz 2 SGB V von Leistungserbringern, mit denen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder 2 SGB V² bestehen und die einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen. Sie findet ferner unabhängig von Prüfmöglichkeiten nach dem SGB XI Anwendung bei Anlassprüfungen nach § 275b Absatz 1 Satz 3 SGB V bei Leistungserbringern, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V abgeschlossen haben. Auch bei Wiederholungsprüfungen im Zusammenhang mit diesen Regel- oder Anlassprüfungen sind diese Richtlinien anzuwenden.

¹ Im Folgenden als Leistungserbringer bezeichnet.

² Nummer 1: Leistungserbringer, die Wohneinheiten für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen; Nummer 2: stationäre Pflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI.

3 Prüfauftrag

1. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beauftragen den Medizinischen Dienst mit jährlichen Regelprüfungen nach § 275b Absatz 1 Satz 1 SGB V von Leistungserbringern, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V geschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen. Zudem veranlassen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemäß § 275b Absatz 1 Satz 2 SGB V auch Regelprüfungen bei Leistungserbringern, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder 2 SGB V abgeschlossen haben und die einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen. Die Versorgungsqualität wird bei einer Personenstichprobe von acht Personen überprüft. Die Zusammensetzung der Personenstichprobe unterscheidet sich je nach Vertragskonstellation der Leistungserbringer und wird in Anlage 4 konkretisiert. Bei Leistungserbringern, die mehrere Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 SGB V betreiben, findet in einer Wohneinheit eine vertiefte Prüfung (Strukturprüfung und personenbezogene Prüfung bei vier Personen) statt. Und die übrige Personenstichprobe wird aus bis zu vier weiteren Wohneinheiten zusammengestellt (siehe Anlage 4). Der Medizinische Dienst entscheidet im Rahmen der Prüfung, in welcher Wohneinheit die vertiefte Strukturprüfung durchgeführt und aus welchen Wohneinheiten die Personenstichprobe zusammengestellt wird (siehe Anlagen 2 und 4). Es soll schrittweise im Laufe der folgenden Qualitätsprüfungen in allen Wohneinheiten eine vertiefte Prüfung stattfinden.
2. Neben den Regelprüfungen nach Absatz 1 können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie einzelne Krankenkassen den Medizinischen Dienst auch mit Anlassprüfungen beauftragen. Vor der Erteilung eines Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die Krankenkassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Bei Leistungserbringern, die sowohl einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V als auch nach § 72 SGB XI haben, kann eine Anlassprüfung – abhängig von dem konkreten Anlass – entweder 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 Absatz 1 Satz 3 SGB V sollen vorrangig über die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen 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 und den Ersatzkassen des Landes durchzuführen, in denen die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat; sofern der vorliegende Anlass nicht eine sofortige Beauftragung erfordert. Um eine gemeinsame Prüfbeauftragung zu ermöglichen, können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als Auftraggeber dem Prüfauftrag beitreten.

3. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die Krankenkassen können den Medizinischen Dienst mit Wiederholungsprüfungen gemäß § 275b Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 114 Absatz 4 SGB XI beauftragen, die im Zusammenhang mit Regel- oder Anlassprüfungen nach § 275b SGB V stehen.
4. Die Prüfaufträge sind schriftlich zu erteilen. Mit dem Prüfauftrag sind insbesondere folgende Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen:
 - Art der Prüfung
 - ob und welche Verträge nach den §§ 72 SGB XI, 132a Absatz 4 SGB V und 132l Absatz 5 Nummer 1 bis 4 SGB V vorliegen
 - Anzahl und Anschrift der vom Leistungserbringer betriebenen Wohneinheiten
 - 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 und der Ersatzkassen insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung
 - Zeitpunkt der Prüfung
 - Prüfmodalitäten (insbesondere Information und Abstimmung mit anderen Behörden wie z. B. Gesundheitsamt, mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden)
 - Institutionskennzeichen (IK)
 - vorhandene Strukturdaten
 - ggf. Bescheide über angeordnete Maßnahmen
 - ggf. Stellungnahmen und Unterlagen des Leistungserbringers an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder an die Krankenkassen
 - ggf. Beschwerden über den zu prüfenden Leistungserbringer
5. Sollen bei Leistungserbringern, die in verschiedenen Bundesländern Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V haben, aufeinander abgestimmte Prüfungen erfolgen, sind für jedes Bundesland gesonderte Prüfaufträge zu erteilen. Die Prüftermine sind unter den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Einbindung der beteiligten Medizinischen Dienste abzustimmen.

4 Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung

1. Den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes 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 Medizinischen Dienst voraus.
2. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V mitzuwirken. Zur Durchführung der Prüfungen ist dem Medizinischen Dienst 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 oder der Prüfer weist sich auf Wunsch des Leistungserbringers aus. Die Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Qualitätsprüfungen von Leistungserbringern, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder 2 SGB V geschlossen haben, 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 Medizinische Dienst 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 An- und Zugehörigen 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 Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und zu den Unterlagen zu verschaffen, Auskünfte zu erteilen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen ordnungsgemäß durchführen kann. Im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht ist der Leistungserbringer befugt, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren und diese Daten dem Medizinischen Dienst auf dessen Anforderung zu übermitteln. Für Nachweiszwecke sind – soweit erforderlich – Kopien anzufertigen.

5. Der Medizinische Dienst ist berechtigt, die Qualität der Leistungen sowie die Abrechnung mit Einwilligung der vom Leistungserbringer versorgten Personen auch in deren Wohnung oder in Räumen von Wohneinheiten und vollstationären Pflegeeinrichtungen, die einem Wohnrecht der versorgten Personen unterliegen, 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, An- und Zugehörige und Betreuerinnen oder 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 Absatz 4 und § 132l Absatz 5 SGB V einschließlich Vergütungsvereinbarungen sowie sonstige Anlagen und Ergänzungen
 - Verfahrensregelungen zum Qualitätsmanagement und zur Hygiene
 - Aufzeichnungen des Qualitätsmanagements
 - Dienst-, Einsatz- und Tourenpläne
 - Handzeichenliste einschließlich lebenslanger Beschäftigtennummern (LBNR)³
 - Arbeitsverträge
 - Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen
 - Berufsurkunden und sonstige Qualifikationsnachweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Weiterbildungs- und Fortbildungsnachweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Pflegedokumentationen einschließlich Durchführungs- und Leistungsnachweisen
 - Verordnungen nach § 37 bzw. § 37c SGB V und Genehmigungen der Krankenkassen
 - Rechnungen an die Krankenkassen
 - bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI Pflegeverträge nach § 120 SGB XI

Die Unterlagen können auch in digitaler Form vorliegen.

³ Die LBNR ist anzugeben, sobald diese verpflichtend vorliegen muss.

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 An- und Zugehörigen
 - Fachgespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Die Bewertung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation, der Beobachtungen beim Leistungserbringer sowie des Fachgesprächs. Sofern nach deren Auswertung Zweifel bei der Prüferin oder beim Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise der versorgten Personen, ihrer An- und Zugehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

8. Bei den nach Ziffer 6 Absatz 6 bis 8 ausgewählten versorgten Personen bzw. den im Rahmen von Anlassprüfungen zusätzlich ausgewählten versorgten Personen wird die Qualität geprüft. Dies bildet den Schwerpunkt der Prüfung. Ergänzend wird die Abrechnung der Leistungen geprüft.
9. 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 An- und Zugehörigen
 - Fachgespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Die Bewertung der personenbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt in Anwesenheit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des Leistungserbringers. Sofern der Leistungserbringer die Anwesenheit einer Mitarbeiterin oder 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 oder eines Mitarbeiters des Leistungserbringers, wenn der Leistungserbringer im Zeitraum der Prüfung keine Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter zur Verfügung stellen kann. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel bei der Prüferin oder bei dem Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise der versorgten Personen, ihrer An- und Zugehörigen oder des Pflegepersonals (Fachgespräch) mit einbezogen.

10. Unter Berücksichtigung der Informationsquellen bzw. Nachweisebenen macht sich die Prüferin oder 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.
11. Im Abschlussgespräch wird der Leistungserbringer anhand erster Ergebnisse in Fragen der Qualitätssicherung und der Abrechnung mit dem Ziel beraten, ggf. festgestellte Qualitätsmängel direkt abzustellen, Qualitätsmängel rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung des Leistungserbringers für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu stärken. Es sollen die durch die Prüferin oder den Prüfer erfassten fachlichen Stärken des Leistungserbringers gewürdigt werden. 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 oder von dem Prüfer dargelegt und schriftlich festgehalten. 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 oder Ärzte oder Kinderärztinnen oder Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass die zu prüfende Pflegeeinrichtung Personen mit einem Leistungsanspruch nach § 37c SGB V versorgt, verfügt mindestens eine Prüferin oder ein Prüfer über besondere Kenntnisse in diesem Prüfgebiet.
2. Die Mitglieder der Prüfteams müssen über pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.

6 Prüfinhalte und Umfang der Prüfung

1. Inhalte der Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Bei der Regelprüfung und der Anlassprüfung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 der QPR-HKP und AKI definierten Mindestangaben zu prüfen. Zur Sicherstellung bundeseinheitlich 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 und der Ersatzkassen oder der Krankenkassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die angeordneten Maßnahmen (entsprechend § 275b Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit §§ 114 Absatz 4 SGB XI und 115 Absatz 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 bzw. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V.

Die Prüfung bezieht sich auch auf die Anforderungen der relevanten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (zuvor KRINKO) nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).

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

5. Basis der Prüfungen sind:⁴

- die Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V
- der aktuelle Stand des Wissens, Expertenstandards sowie relevante Leitlinien
- die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 oder § 132l Absatz 1 SGB V
- die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege bzw. Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V
- die für die Qualitätsprüfung relevanten Inhalte der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV)
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (zuvor KRINKO) nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Hinsichtlich der strukturellen Anforderungen an den Leistungserbringer sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 oder § 132l Absatz 1 SGB V Maßstab für die Bewertung der häuslichen Krankenpflege oder außerklinischen Intensivpflege. Hinsichtlich der Bewertung der Anforderungen an die Durchführung dieser Leistungen sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 oder § 132l Absatz 1 SGB V und der aktuelle Wissensstand maßgeblich.

6. Bei Leistungserbringern, die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V geschlossen haben, werden bei Regelprüfungen 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 27a psychiatrische häusliche Krankenpflege
- Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
- Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Kann damit die Stichprobengröße nicht ausgeschöpft werden, werden ergänzend Personen mit anderen Leistungen der häuslichen Krankenpflege in die Prüfungen einbezogen. Bei Leistungserbringern, die einen Vertrag nach § 5 oder § 6 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V geschlossen haben und ausschließlich Leistungen nach Ziffer 27a oder 31a erbringen, werden in die Stichprobe ausschließlich Personen mit diesen Leistungen einbezogen. Erbringen diese Leistungserbringer auch andere Leistungen der häuslichen Krankenpflege, werden zunächst vier Personen mit der Ziffer 27a bzw. 31a einbezogen.

⁴ Es gelten die jeweils aktuellen Fassungen.

7. Die Stichprobenbildung bei Leistungserbringern mit einem Vertrag nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 bis 4 SGB V und ggf. einem Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V erfolgt nach Anlage 4.
8. 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 oder § 37c SGB V an die jeweiligen Prüferinnen und Prüfer weiterzuleiten. Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe hat der Leistungserbringer eine vollständige Liste aller von ihm mit Leistungen nach § 37 oder 37c SGB V versorgten Personen vorzulegen, sortiert nach Leistungen nach § 37 und § 37c SGB V. Aus dieser Liste wird entsprechend der nach Absatz 6 oder Absatz 7 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 oder der Prüfer entscheidet, ob sie oder er bei der Auswahl der Personen am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Liste beginnt zu zählen.
 - Die Prüferin oder der Prüfer entscheidet bei den Personen mit gleichen Leistungen, ob sie oder 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 Medizinische Dienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

9. 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, hat der Medizinische Dienst 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.
10. Die Zufriedenheitsbefragung richtet sich an die versorgten Personen und deren An- und Zugehörige. Eine ergänzende Einbeziehung von versorgten Personen ausschließlich zur Durchführung der Zufriedenheitsbefragung erfolgt nicht.
11. Bei Anlassprüfungen werden acht der vom Leistungserbringer nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V oder Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c 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.

- 12.** Bei Anlassprüfungen bei Leistungserbringern, die ausschließlich Verträge nach § 132l Absatz 5 SGB V geschlossen haben, werden acht der versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c 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 nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V oder Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c 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.** Bei Wiederholungsprüfungen bei Leistungserbringern, die ausschließlich Verträge nach § 132l Absatz 5 SGB V geschlossen haben, werden acht der versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c 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.
- 15.** 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 Medizinische Dienst die Gründe hierfür gegenüber dem Auftraggeber der Prüfung dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag vom Auftraggeber erteilt ist. Der Leistungserbringer ist hierüber zu informieren.
- 16.** 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 Absatz 3a SGB XI entsprechend. Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person (vertretungsberechtigte Person, gesetzlich bestellte Betreuerin oder bestellter Betreuer) voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person hat die Prüferin oder 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 Prüferinnen und Prüfern abgegeben werden, die erklärende Person benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die versorgte Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer hierzu berechtigten Person einzuholen. Ist die berechtigte Person 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 berechtigten Person 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 oder in Wohneinheiten und vollstationären Pflegeeinrichtungen für das Betreten von Räumen, die einem Wohnrecht der versorgten Person unterliegen,
 - 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 An- und Zugehörigen 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 Prüfberichtes.

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

8 Abrechnungsprüfung

1. Es werden in Rechnung gestellte Leistungen nach Ziffer 6 Absatz 3 dieser Richtlinien in die Abrechnungsprüfung einbezogen.
2. Die Abrechnungsprüfung erfolgt bei Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Absatz 4 SGB V oder § 132l Absatz 5 Nummer 1 bis 4 SGB V für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertagen. Die Prüferin oder der Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes bzw. zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen. Stellt der Medizinische Dienst 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 in die Prüfung einbezogenen Personenstichprobe.
4. Bewertungsmaßstab der Abrechnungsprüfung sind die Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen und Ergänzungen. Darüber hinaus sind die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie oder die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses heranzuziehen. Die Vergütungsvereinbarungen bzw. Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 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 bzw. Leistungsnachweise, Rechnungen, Handzeichenlisten einschließlich lebenslanger Beschäftigtennummern (LBNR), Qualifikationsnachweise, Dienstpläne, Einsatz- oder Tourenpläne, Stundennachweise, Arbeitsverträge, Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen, Berufsurkunden, Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V oder außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V sowie Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach §§ 37 oder 37c 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 8 des Erhebungsbogens nach Anlage 1 der QPR-HKP und AKI zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 der QPR-HKP und AKI auszufüllen. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnung werden Kopien der relevanten Unterlagen angefertigt.

9 Prüfbericht

1. Der Medizinische Dienst 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 Medizinischen Dienstes zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet. Bei Regelprüfungen wird der Prüfbericht an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und den geprüften Leistungserbringer versendet. Bei Anlassprüfungen wird der Prüfbericht an die oder den Auftraggeber sowie an den geprüften Leistungserbringer versendet.
2. Nach § 275b Absatz 4 SGB V sind Erkenntnisse aus den Prüfungen vom Medizinischen Dienst unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.
3. 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 offengelegt, 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.
4. Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt er unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes die auftraggebenden Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die auftraggebende Krankenkasse. Hält der Medizinische Dienst 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.

5. Die Bewertung der Prüfergebnisse durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. die Krankenkasse erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie den vertraglichen Vereinbarungen nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V.
6. Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes ergibt sich aus Anlage 3 der QPR-HKP und AKI.

10 Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen und den Ersatzkassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

1. Sofern der zu prüfende Leistungserbringer einer heimrechtlichen Aufsicht unterliegt, gelten die Vorgaben des § 114 Absatz 3 SGB XI zur Abstimmung der Prüfungen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entsprechend. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen daher die Regelprüfungen in angemessener Weise zu verringern, wenn die Prüfung einer nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nicht länger als neun Monate zurückliegt und deren Prüfergebnisse nach pflegefachlichen 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 und der Ersatzkassen mit den Landesverbänden der Pflegekassen abzustimmen. Inhaltliche Doppelprüfungen sind zu vermeiden.
3. Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst arbeiten gemäß § 275b Absatz 4 SGB V mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei Prüfungen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben wirksam aufeinander abzustimmen, insbesondere durch
 1. regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
 2. Terminabsprachen für gemeinsame oder arbeitsteilige Prüfungen von Leistungserbringern und
 3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen.

4. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft geschlossenen Vereinbarungen zu beteiligen.
5. Im Rahmen der Zusammenarbeit sind die Krankenkassen, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde und den Trägern der Eingliederungshilfe die ihnen nach dem Sozialgesetzbuch zugänglichen Daten über die Leistungserbringer, die sie im Rahmen von Prüfungen nach § 275b SGB V verarbeiten, mitzuteilen, soweit diese für die Zwecke der Prüfung durch den Empfänger erforderlich sind.

11 Inkrafttreten

Diese Richtlinien werden nach ihrer Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht (www.md-bund.de) und treten einen Tag danach in Kraft. Mit dem Inkrafttreten dieser Richtlinien tritt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung und den Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 275b SGB V von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Absatz 4 SGB V in der Fassung vom 1. Januar 2021 außer Kraft.

Anlage 1

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 275b SGB V

Legende/Antwortoptionen:

AKI	= außerklinische Intensivpflege
HKP	= häusliche Krankenpflege
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	= Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter
PE	= Pflegeeinrichtung (ambulant und stationär)
PFK	= Pflegefachkraft
pHKP	= psychiatrische häusliche Krankenpflege
WE	= Wohneinheit

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Leistungserbringer (Struktur- und Prozessqualität)

1 Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer

M/Info	
1.1 Auftragsnummer	

M/Info	
1.2 Daten zum Leistungserbringer	
a. Name	
b. Straße	
c. PLZ/Ort	
d. Institutionskennzeichen (IK)	1. 2. 3. 4.
e. Telefon	
f. Fax	
g. E-Mail	
h. Internet-Adresse	
i. Träger/Inhaber	
j. Trägerart	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> öffentlich <input type="radio"/> nicht zu ermitteln

M/Info	
1.2 Daten zum Leistungserbringer	
k. Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V	<input type="radio"/>
k1. Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden	<input type="radio"/>
k2. Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung für die psychiatrische häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/>
l. Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V	<input type="radio"/> Nummer 1 eine betreiberorganisierte WE <input type="radio"/> Nummer 1 mehrere betreiberorganisierte WE <input type="radio"/> Nummer 2 vollstationäre PE <input type="radio"/> Nummer 3 Eingliederungshilfe <input type="radio"/> Nummer 4 eigener Haushalt oder sonst geeigneter Ort
m. Adresse zu prüfende Wohneinheit 1 (vertiefte Prüfung)	
n1. Adresse zu Wohneinheit 2	
n2. Adresse zu Wohneinheit 3	
n3. Adresse zu Wohneinheit 4	
n4. Adresse zu Wohneinheit 5	
o. Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI	<input type="radio"/>
p. verantwortliche Pflegekraft Name	
q. stellvertretende verantwortliche Pflegekraft Name	
r. Fachbereichsleitung Versorgung chronische und schwer heilende Wunden Name	
s. Fachbereichsleitung pHKP Name	
t. Fachbereichsleitung(en) AKI Name(n)	

M/Info

1.3 Daten zur Prüfung

a. Auftraggeber (zuständiger Landesverband der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder Krankenkasse)	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> Krankenkasse, welche?:	<input type="radio"/> KNAPPSCHAFT <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> vdek
b. Datum	_____ von TT.MM.JJJJ	_____ bis TT.MM.JJJJ
c. Uhrzeit	von	bis
1. Tag		
2. Tag		
3. Tag		
d. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Leistungserbringers		
e. Prüferinnen oder Prüfer		
f. an der Prüfung Beteiligte	Namen	
<input type="radio"/> Krankenkasse		
<input type="radio"/> Sozialhilfeträger		
<input type="radio"/> Gesundheitsamt		
<input type="radio"/> Trägerverband		
<input type="radio"/> sonstige: welche?		

M/Info

1.4 Prüfungsauftrag nach § 275b SGB V

- a. Regelprüfung
- b. Anlassprüfung (Beschwerde von versorgter Person, An- und Zugehörigen o. ä.)
 Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)
 Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
- c. Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung
 Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung
- d. 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 TT.MM.JJJJ

Gesundheitsamt

nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige
Aufsichtsbehörde

sonstige: welche?

keine Angaben

Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V

Teil 1 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V.

2 Allgemeine Angaben

M/Info	
2.1 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl versorgte Personen:	
Anzahl versorgte Personen nach § 37 SGB V	

M/Info	
2.2 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 27a psychiatrische häusliche Krankenpflege	
d. Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	
e. Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	

3 Aufbau- und Ablauforganisation Personal

Info	
3.1 Stellenanteile der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung bei diesem Leistungserbringer in Vollzeitstellen:	
a. verantwortliche Pflegefachkraft	
b. Stellvertretung	

Info	
3.2 Wöchentlicher Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind:	
a. verantwortliche Pflegefachkraft	

Info	
3.2	Wöchentlicher Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind:

b.	Stellvertretung	
----	-----------------	--

	ja	nein	E.
3.3			<input type="radio"/>

B			
a.	Pflegefachkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B			
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B			
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B			
d.	leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B			
e.	genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.4			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B					
a.	Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

M/B					
b.	spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Umfang von mindestens 168 Unterrichtseinheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.5 Die für die Versorgung im Rahmen von pHKP verantwortliche Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung verfügt über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B

- a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

M/B

- b. 1. eine staatlich anerkannte/zertifizierte sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder
 2. eine Weiterbildung zur Fachkrankenschwester oder zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie gemäß der Weiterbildungsverordnung Psychiatrie oder Weiterbildungsverordnung Gerontopsychiatrie oder DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder
 3. eine Weiterbildung auf der Grundlage des Curriculums: „Ambulante und gemeindenaher Pflege psychisch kranker Menschen“ nach H. Haynert, Universität Witten-Herdecke, Dezember 2010, sofern neben dem Theorieteil des Curriculums ein verzahnter Praxisteil mindestens im Umfang von 120 Zeitstunden berufspraktischer Erfahrung mit Selbsterfahrung (ggf. in Kooperation) absolviert wird oder
 4. ein staatlich anerkannter Studienabschluss mit dem Schwerpunkt psychiatrische Versorgung und eine hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten acht Jahre von mindestens zwei Jahren nach erteilter Erlaubnis in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrischen Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen) sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

	ja	nein	E.
3.6 Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			<input type="radio"/>

B

- a. Pflegefachkraft

B

- b. ausreichende Berufserfahrung

B

- c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.7 Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung für die Versorgung von Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden die Vertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.8 Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung im Rahmen der pHKP die Vertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
3.9 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
3.10 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.11 Werden die Mindestanforderungen an die Personalbesetzung nach dem Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V erfüllt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.13 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B

- a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

M/B

- b. spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Umfang von mindestens 84 Unterrichtseinheiten

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.14 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung im Rahmen der pHKP durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B

- a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

M/B

- b. spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung psychisch erkrankter Personen im Umfang von mindestens 320 Zeitstunden oder einschlägige Berufserfahrung von mindestens einem Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre

M/B

- c. Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung oder spezifische Zusatzqualifikation sind mit Aufnahme der Versorgung im Rahmen der pHKP bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt

M/B

- d. bei der Versorgung im Rahmen der pHKP durch Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung bzw. spezifischer Qualifikation wird neben den noch zu qualifizierenden Pflegefachkräften jeweils mindestens eine Pflegefachkraft mit spezifischer Qualifikation bzw. einschlägiger Berufserfahrung eingesetzt

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.15 Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der in der Versorgung von Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an spezifischen Fortbildungen im Umfang von zehn Zeitstunden teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.16 Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der im Rahmen der pHKP tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an spezifischen internen und/oder externen Fortbildungen teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

M/Info	
4.1	Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:

M/Info	
4.2	Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:

M/Info	
4.3	Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:

M/B			
	ja	nein	E.
4.4 Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.5 Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.6 Nutzt der Leistungserbringer Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
4.7 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

B				
a. Zielvorgaben im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
b. zeitliche Vorgaben im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
c. inhaltliche Vorgaben im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
d. Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
e. Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
f. Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
g. Konzept angewandt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/B			
	ja	nein	E.
4.9	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei den versorgten Personen?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 Hygiene

M/B			
	ja	nein	E.
5.1	Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
5.2	Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (zuvor KRINKO)?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
5.3	Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
5.4	Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V

Teil 2 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V.

2 Allgemeine Angaben

M/B		
2.1 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl versorgte Personen nach § 37c SGB V:	gesamt	davon invasiv beatmet
ambulante Pflegeeinrichtung		
in betreiberorganisierten Wohneinheiten		
davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 1		
davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 2		
davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 3		
davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 4		
davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 5		
in Einfachversorgung		
vollstationäre Pflegeeinrichtung		
Eingliederungshilfe		

	ja	nein	t. n. z.	E.
2.2 Bauliche Anforderungen an die betreiberorganisierte Wohneinheit nach § 132I Abs. 2 Nummer 1 SGB V			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B				
a. die Größe der Bewohnerzimmer orientiert sich an den medizinisch-pflegerisch notwendigen Anforderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
b. die Versorgung erfolgt im Einzelzimmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
c. ein Gemeinschaftsraum ist vorhanden und als solcher von den versorgten Personen nutzbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
d. ein barrierefreier Dusch- und Sanitärbereich ist vorhanden und als solcher von den versorgten Personen nutzbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
e. die Wohneinheit ist barrierefrei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
f. eine separate Gäste- und Personaltoilette und ein Händewaschplatz sind vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
g. Küche: ein Kühlschrank zur fachgerechten Lagerung von Lebensmitteln ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
h. Küche: eine Geschirrspülmaschine mit Betriebstemperatur über 60°C ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
i. ein überfahrbares WC oder erhöhtes WC ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B				
j. eine Fäkalienspüle bei von mehreren Personen genutztem Bad oder WC ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

3 Aufbau- und Ablauforganisation Personal

M/Info	
3.1	Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft, Stellvertretung und Fachbereichsleitung bei diesem Leistungserbringer (wöchentlicher Stundenumfang):
verantwortliche Pflegefachkraft	
Stellvertretung	
Fachbereichsleitung	

M/Info	
3.2	Wöchentlicher Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft, Stellvertretung und Fachbereichsleitung in der Pflege tätig sind:
verantwortliche Pflegefachkraft	
Stellvertretung	
Fachbereichsleitung	

		ja	nein	t. n. z.	E.
3.3	Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B					
a.	Pflegefachkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B					
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B					
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B					
d.	leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B					
e.	genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

M/Info		
		t. n. z.
3.4	Stellenumfang (Vollzeitstellen) der verantwortlichen Pflegefachkraft und der Fachbereichsleitungen	<input type="radio"/>

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.5	Die für die Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen verantwortliche Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitungen und Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft verfügen über folgende Qualifikationen:			

B

a.	Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
----	---	-----------------------	-----------------------	--	--

B

b.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich auf Intensivstationen oder Intermediate Care-Stationen oder in der außerklinischen Beatmung oder einer Weaningeinheit über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen für Kinder, interdisziplinären pädiatrischen Intensivstationen oder in der außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung) über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre 6. sind die Voraussetzungen nach 3. oder 5. gegeben: Zusatzqualifikation (mindestens 200 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“/„Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
----	---	-----------------------	-----------------------	--	--

B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.6	Die für die Versorgung von weder beatmeten noch trachealkanülierten Personen verantwortliche Pflegefachkraft ist Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B			
	ja	nein	E.
3.7	Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft sozialversicherungspflichtig beschäftigt?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.8	Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung für die Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen die Vertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132I Absatz 1 SGB V?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
3.9	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
3.10	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die bei den jeweiligen Versicherten zu beachten sind?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.11 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			○	○

M/B

a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	○	○		
--	---	---	--	--

M/B

b. 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen für Kinder, interdisziplinären pädiatrischen Intensivstationen oder in der außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung) über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 6. Zusatzqualifikation (mindestens 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“/ „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“	○	○		
Mehrfachversorgung: Neu eingestellte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation sind mit Aufnahme der intensivpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme zur AKI gemäß der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt.				
Mehrfachversorgung: Es wurde pro Schicht nur eine Pflegefachkraft ohne einschlägige Berufserfahrung bzw. Qualifizierung eingesetzt. Es ist immer mindestens eine qualifizierte Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft mit abgeschlossener AKI-spezifischer Qualifikation bzw. einschlägiger Berufserfahrung im Dienst. Mit Tätigkeitsbeginn haben alle Pflegefachkräfte mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten.				

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.11 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfachversorgung: Neu eingestellte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung haben ihren Einsatz im dritten Jahr der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann bei einem Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege absolviert oder der Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V war der Träger der praktischen Ausbildung der betreffenden Pflegefachfrau oder des Pflegefachmannes. Mit Tätigkeitsbeginn haben diese Pflegefachkräfte mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten. Diese Pflegefachkraft ist innerhalb von 14 Tagen nach Arbeitsaufnahme zu einer Qualifizierung angemeldet worden und hat diese nach sechs Monaten abgeschlossen. Von diesen Pflegefachkräften wird pro Pflorgeteam nur eine Pflegefachkraft eingesetzt.				

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.12 Die Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei weder beatmeten noch trachealkanülierten Personen durchführen, sind Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/Info				
				t. n. z.
3.13 Vollzeitstellen der Pflegefachkräfte in der Mehrfachversorgung				<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.14 Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der in der außerklinischen Intensivpflege tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an spezifischen Fortbildungen im Umfang von 16 Zeitstunden teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.16 Ist die pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit außerklinischer Intensivpflege geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?				<input type="radio"/>

M/B

a. Regelung liegt vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
-----------------------	-----------------------	-----------------------	--	--

M/B

b. Regelung umgesetzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

4 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

M/Info

4.1 Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:

M/Info

4.2 Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:

M/Info

4.3 Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:

M/B

	ja	nein	E.
4.4 Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.5 Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.6 Nutzt der Leistungserbringer Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
4.7 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

B				
a. Zielvorgaben im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
b. zeitliche Vorgaben im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
c. inhaltliche Vorgaben im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
d. Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
e. Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
f. Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

B				
g. Konzept angewandt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/B			
	ja	nein	E.
4.9 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zu medizinischen Notfällen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
4.10 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zu nicht medizinischen Notfällen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

5 Hygiene

M/B			
	ja	nein	E.
5.1 Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
5.2 Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (zuvor KRINKO)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
5.3 Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	E.
5.4 Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Legende/Antwortoptionen:

AKI	= außerklinische Intensivpflege
HKP	= häusliche Krankenpflege
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	= Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter
PE	= Pflegeeinrichtung (ambulant und stationär)
PFK	= Pflegefachkraft
pHKP	= psychiatrische häusliche Krankenpflege
WE	= Wohneinheit

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

6 Allgemeine Angaben

M/Info		
6.1 Auftragsnummer		
Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info							ja	nein
6.2 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="radio"/> keiner	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5		
g.	Werden Leistungen nach § 37 SGB V erbracht?						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.	Werden Leistungen nach § 37c SGB V erbracht?						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i.	Werden bei stundenweiser Einfachversorgung nach § 37c SGB V außerhalb des Leistungszeitraums Leistungen nach § 37 SGB V erbracht?						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/Info		
	ja	nein
6.2 Angaben zur versorgten Person		
j. Die Versorgung erfolgt in (Mehrfachnennungen sind möglich):		
<input type="radio"/> eigenem Haushalt <input type="radio"/> Schule, Kita, Werkstätte für Menschen mit Behinderung <input type="radio"/> selbstorganisierter Wohneinheit (als Sonderform des eigenen Haushalts) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform des eigenen Haushalts) <input type="radio"/> stationäre PE (§ 37c Absatz 2 Nummer 1 SGB V) <input type="radio"/> Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 37c Absatz 2 Nummer 2 SGB V) <input type="radio"/> betreiberorganisierte Wohneinheit (§ 37c Absatz 2 Nummer 3 SGB V) <input type="radio"/> sonstige Wohnform		
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder bevollmächtigte Person)?	<input type="radio"/>	

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

M/Info	
6.4 Anwesende Personen	
a. Name der Prüferinnen oder der Prüfer	
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z. B. An- und Zugehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V

Teil 1 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V.

7 Behandlungspflege

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.1	t. n. z.	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?
7.2	t. n. z.	Wird mit dem Absaugen der versorgten Person sachgerecht umgegangen?
7.3	t. n. z.	Erfolgen die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?
7.4	t. n. z.	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/ invasiv beatmeten Personen erfüllt?
7.5	t. n. z.	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
7.6	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
7.7	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.8	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.9	t. n. z.	Wird die interstitielle Glukosemessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.10	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
7.11	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
7.12	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
7.13	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
7.14	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
7.15	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
7.16	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.17	t. n. z.	Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?
7.18	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
7.19	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
7.20	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
7.21	t. n. z.	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
7.22	t. n. z.	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
7.24	t. n. z.	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
7.25	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
7.26	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
7.27	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
7.28	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
7.29	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.30	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.31	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.32	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde oder des Dekubitus nachvollziehbar?
7.33	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.34	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.35	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.36	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
7.37	t. n. z.	Erfolgt die Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht?
7.38	t. n. z.	Erfolgt die Versorgung im Rahmen der pHKP Personen sachgerecht?
7.39	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?
7.40	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.17 Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

M/Info	
	nein
7.23 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>

ja:

- akute Schmerzen
 chronische Schmerzen

von:

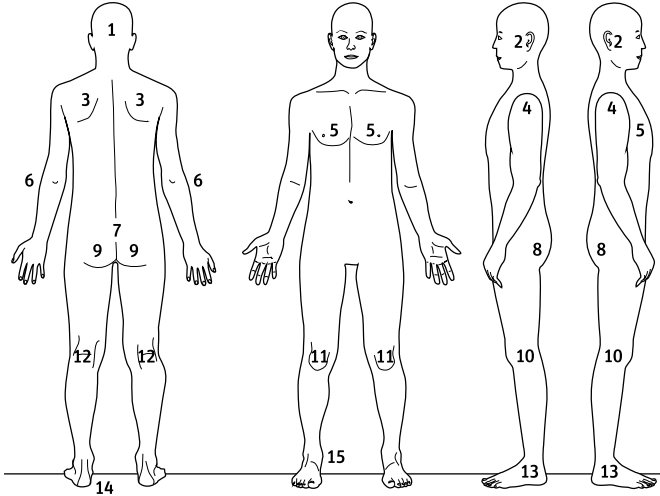
- Prüferin oder Prüfer beurteilt
 Leistungserbringer übernommen

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

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

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

M/Info	
	t. n. z.
7.27 Beschreibung vorliegender Wunden	<input type="radio"/>



- Legende:
- 1 Hinterkopf
 - 2 Ohrmuschel
 - 3 Schulterblatt
 - 4 Schulter
 - 5 Brustbein
 - 6 Ellenbogen
 - 7 Sacralbereich
 - 8 großer Rollhügel
 - 9 Gesäß
 - 10 Knie außen
 - 11 Kniescheibe
 - 12 Knie innen
 - 13 Knöchel außen
 - 14 Fersen
 - 15 Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.29 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.30 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.31 Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.37 Wird mit der Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht umgegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.38 Erfolgt die Versorgung im Rahmen der pHKP sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.39 Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.40 Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

	ja	nein	t. n. z.	E.
7.43 Wurde die versorgte Person bzw. An- und Zugehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
a. Sturzrisiko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/B				
b. Dekubitusrisiko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/B				
c. Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/B				
d. Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/B				
e. Demenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/B				
f. Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

8 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V

M/Info								
8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?								
Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
<input type="radio"/>	keine							
<input type="radio"/>	1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/>	2 Ausscheidungen	verordnet	<input type="radio"/> Hilfe beim Ausscheiden					
			<input type="radio"/> Kontinenztraining, Toilettentraining					
		genehmigt	<input type="radio"/> Hilfe beim Ausscheiden					
			<input type="radio"/> Kontinenztraining, Toilettentraining					
<input type="radio"/>	3 Ernährung	verordnet	<input type="radio"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr					
			<input type="radio"/> Sondennahrung, Verabreichen von					
		genehmigt	<input type="radio"/> Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr					
			<input type="radio"/> Sondennahrung, Verabreichen von					
<input type="radio"/>	4 Körperpflege	verordnet	<input type="radio"/> Duschen, Baden, Waschen					
			<input type="radio"/> Pflege einer Augenprothese					
			<input type="radio"/> Mundpflege als Prophylaxe					
			<input type="radio"/> An- und/oder Auskleiden					
		genehmigt	<input type="radio"/> Duschen, Baden, Waschen					
			<input type="radio"/> Pflege einer Augenprothese					
			<input type="radio"/> Mundpflege als Prophylaxe					
			<input type="radio"/> An- und/oder Auskleiden					

M/Info

8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
<input type="radio"/> 5	Hauswirtschaftliche Versorgung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 6	Absaugen	verordnet	<input type="radio"/> Obere Luftwege Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
		genehmigt	<input type="radio"/> Obere Luftwege Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
<input type="radio"/> 7	Anleitung bei der Behandlungspflege	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 8	Beatmungsgerät, Bedienung/Überwachung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 9	Blasenspülung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 10	Blutdruckmessung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 11	Blutzuckermessung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 11a	Interstitielle Glucosemessung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 12	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 13	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 14	Einlauf/Klistier/Klysma und digitale Enddarmausräumung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 15	Flüssigkeitsbilanzierung	verordnet						
		genehmigt						

M/Info								
8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?								
Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
<input type="radio"/> 16	Infusionen, i.v.	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 16a	Infusionen, s.c.	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 17	Inhalation	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 18	Injektionen	verordnet	<input type="radio"/> i.v.					
			<input type="radio"/> i.m.					
			<input type="radio"/> s.c.					
		genehmigt	<input type="radio"/> i.v.					
			<input type="radio"/> i.m.					
			<input type="radio"/> s.c.					
<input type="radio"/> 19	Injektionen, Richten von	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 20	Instillation	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 21	Kälteträger, Auflegen von	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 22	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 23	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 24a	Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten	verordnet						
		genehmigt						

M/Info

8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

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

M/Info

8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
<input type="radio"/> 30	Wundversorgung einer akuten Wunde	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 31a	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 31b	An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 31c	An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 31d	An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung	verordnet						
		genehmigt						

Freitext:

M/Info	
	t. n. z.
8.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="radio"/>

Gepürfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

- Leistung gar nicht erbracht
- Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht
- andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht
- Handzeichenliste, Beschäftigtennummer, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
- Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der An- und Zugehörigen stimmen nicht überein
- fehlende Handzeichen, Beschäftigtennummer
- sonstige Gründe, welche:

Freitext:

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.4 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

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

Freitext:

M/Info	
	t. n. z.
8.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="radio"/>

Geprüfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

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

Freitext:

M/Info

8.7 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

Freitext:

9 Sonstiges

(Freitext)

10 Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

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

M/Info			
	ja	nein	k. A.
10.2 Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir an die Krankenkasse weitergeben sollen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche:

Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V

Teil 2 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V.

7 Behandlungspflege bei außerklinischer Intensivpflege

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.15	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
7.16	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.17	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.18	t. n. z.	Wird die interstitielle Glukosemessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.19	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
7.20	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
7.21	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
7.22	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
7.23	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
7.24	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
7.25	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
7.26	t. n. z.	Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?
7.27	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
7.28	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
7.29	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
7.30	t. n. z.	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
7.31	t. n. z.	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.33	t. n. z.	Erhält die versorgte Person mit einer ärztlich angeordneten Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
7.34	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
7.35	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
7.36	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
7.37	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
7.38	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.39	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.40	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.41	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?
7.42	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.43	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.44	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.45	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
7.46	t. n. z.	Wird mit der Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht umgegangen?
7.47	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?
7.48	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?

M/Info			
	ja	nein	t. n. z.
7.1 Besteht eine Kooperation			<input type="radio"/>
a. mit einem Beatmungs-/Weaningzentrum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. mit einem Krankenhaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

M/Info		
	ja	t. n. z.
7.2 Welcher Beatmungszugang liegt vor?		<input type="radio"/>
a. nicht invasive Beatmung mit Nasenmaske	<input type="radio"/>	
b. nicht invasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske	<input type="radio"/>	
c. nicht invasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske	<input type="radio"/>	
d. nicht invasive Beatmung mit Mundstück	<input type="radio"/>	
e. invasive Beatmung über eine Trachealkanüle	<input type="radio"/>	
f. sonstige	<input type="radio"/>	

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.3 Ist in einer Einfachversorgung für den verordneten Zeitraum der außerklinischen Intensivpflege ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.4 Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten oder nicht beatmeten trachealkanülierten Personen durchführen, über eine entsprechende Zusatzqualifikation oder Berufserfahrung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	t. n. z.	E.
7.5 Wenn vorübergehend neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 3.11b bei beatmeten oder nicht beatmeten trachealkanülierten Personen eingesetzt werden:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
a. Einfachversorgung: Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation in einem Pflorgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

M/B				
b. Mehrfachversorgung: Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation in einer Schicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

M/B				
c. Einsatz max. sechs Monate ohne Zusatzqualifikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.6 Wird bei Vorliegen von Hinweisen, die auf ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, die verordnende Ärztin oder der verordnenden Arzt informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

M/B				
	ja	nein	E.	
7.8 Wird die außerklinische Intensivpflege sachgerecht durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.13 Ist in der Mehrfachversorgung sichergestellt, dass Alarme jederzeit wahrgenommen werden und auf diese unmittelbar reagiert werden kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.26 Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

M/Info	
	nein
7.32 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>

ja:

- akute Schmerzen
 chronische Schmerzen

von:

- Prüferin oder Prüfer beurteilt
 Leistungserbringer übernommen

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.33 Erhält die versorgte Person mit einer ärztlich angeordneten Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

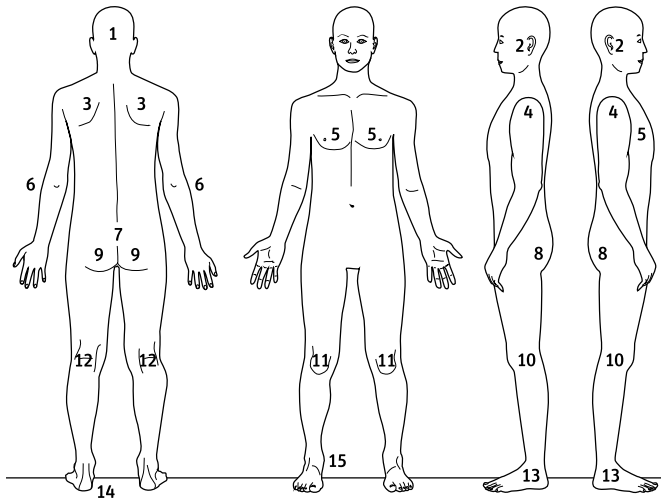
M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.34 Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

M/Info

t. n. z.

7.36 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:

- 1 Hinterkopf
- 2 Ohrmuschel
- 3 Schulterblatt
- 4 Schulter
- 5 Brustbein
- 6 Ellenbogen
- 7 Sacralbereich
- 8 großer Rollhügel
- 9 Gesäß
- 10 Knie außen
- 11 Kniescheibe
- 12 Knie innen
- 13 Knöchel außen
- 14 Fersen
- 15 Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.38 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.39 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.40 Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.46 Wird mit der Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht umgegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.47 Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.48 Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

8 Abrechnungsprüfung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V

M/Info				
8.1 Verordnete und genehmigte Leistung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V				
	verordnet	genehmigt	Zeitraum	
			vom	bis
Stunden				
Tage pro Woche			TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ

M/Info	
	t. n. z.
8.2 Die Prüfung der Abrechnungen für außerklinischen Intensivpflege erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="radio"/>

Gepürfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

- Leistung gar nicht erbracht
- Leistung nicht für die verordnete/genehmigte Anzahl an Stunden pro Tag erbracht
- Leistung nicht für die verordnete/genehmigte Anzahl an Tagen pro Woche erbracht
- andere Leistungen als außerklinische Intensivpflege erbracht
- Handzeichenliste, Beschäftigtennummer, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
- Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der An- und Zugehörigen stimmen nicht überein
- fehlende Handzeichen, Beschäftigtennummer
- sonstige Gründe, welche:

Freitext:

M/Info			
	ja	nein	t. n. z.
8.4 War die oder der Versicherte während des abgerechneten Monats vollständig in der Einrichtung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.5 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachte außerklinische Intensivpflege vertragskonform und gemäß den AKI-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

- Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten
- Leistung war nicht erforderlich
- sonstige Gründe, welche:

Freitext:

M/Info
8.6 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

Freitext:

9 Sonstiges

(Freitext)

10 Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

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

M/Info			
	ja	nein	k. A.
10.2 Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir an die Krankenkasse weitergeben sollen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche:

Anlage 2

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

Legende/Antwortoptionen:

AKI	= außerklinische Intensivpflege
HKP	= häusliche Krankenpflege
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	= Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter
PE	= Pflegeeinrichtung (ambulant und stationär)
PFK	= Pflegefachkraft
pHKP	= psychiatrische häusliche Krankenpflege
WE	= Wohneinheit

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 Absatz 3 SGB V. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe Anlage 3.

M/Info	
1.2	Daten zum Leistungserbringer
a.	Name
b.	Straße
c.	PLZ/Ort
d.	Institutionskennzeichen (IK)
	1.
	2.
	3.
	4.
e.	Telefon
f.	Fax
g.	E-Mail
h.	Internet-Adresse
i.	Träger/Inhaber
j.	Trägerart
	<input type="radio"/> privat
	<input type="radio"/> freigemeinnützig
	<input type="radio"/> öffentlich
	<input type="radio"/> nicht zu ermitteln

M/Info	
1.2 Daten zum Leistungserbringer	
k. Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V	<input type="radio"/>
k1. Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden	<input type="radio"/>
k2. Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung für die psychiatrische häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/>
l. Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V	<input type="radio"/> Nummer 1 eine betreiberorganisierte WE <input type="radio"/> Nummer 1 mehrere betreiberorganisierte WE <input type="radio"/> Nummer 2 vollstationäre PE <input type="radio"/> Nummer 3 Eingliederungshilfe <input type="radio"/> Nummer 4 eigener Haushalt oder sonst geeigneter Ort
m. Adresse zu prüfende Wohneinheit 1 (vertiefte Prüfung)	
n1. Adresse zu Wohneinheit 2	
n2. Adresse zu Wohneinheit 3	
n3. Adresse zu Wohneinheit 4	
n4. Adresse zu Wohneinheit 5	
o. Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI	<input type="radio"/>
p. verantwortliche Pflegekraft Name	
q. stellvertretende verantwortliche Pflegekraft Name	
r. Fachbereichsleitung Versorgung chronische und schwer heilende Wunden Name	
s. Fachbereichsleitung pHKP Name	
t. Fachbereichsleitung(en) AKI Name(n)	

Erläuterung zur Prüffrage 1.2:

1.2d Institutionskennzeichen

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 oder außerklinischen Intensivpflege verwendet wird. Es kann sein, dass weitere Institutionskennzeichen vergeben worden sind (optional, wenn vorhanden).

1.2j 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

1.2k1 Vertrag für die spezialisierte Leistungserbringung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden

Spezialisierte Leistungserbringer benötigen für die Versorgung von Versicherten einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V (Versorgungsvertrag), der die einzelnen Voraussetzungen zur spezialisierten Wundversorgung regelt bzw. eine Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag (§ 6 Absatz Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V). Eine Ergänzungsvereinbarung als spezialisierter Leistungserbringer ist nicht erforderlich, wenn sich die Vertragspartner auf entsprechende Regelungen nach § 6 der Rahmenempfehlungen im Versorgungsvertrag gemäß § 132a Absatz 4 SGB V (ggf. einschließlich Zusatz-/Ergänzungsvereinbarungen zum Vertrag gemäß § 132a Absatz 4 SGB V) verständigt haben bzw. verständigen. Spezialisierte Leistungserbringer zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden können entweder spezialisierte Leistungserbringer oder spezialisierte Einrichtungen außerhalb des eigenen Haushalts (Wundzentren) sein.

1.2k2 Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung für die psychiatrische häusliche Krankenpflege

Leistungserbringer, die pHKP erbringen, benötigen für die Versorgung dieser Versicherten einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V (Versorgungsvertrag), der die einzelnen Voraussetzungen zur pHKP regelt bzw. eine Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag.

1.2l Versorgungsvertrag nach § 132l SGB V

Für die Versorgung von Versicherten mit außerklinischer Intensivpflege ist ein bestehender Vertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V Voraussetzung.

Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen (betreiberorganisierte Wohneinheit),
2. Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen (vollstationäre Pflegeeinrichtung),
3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 SGB IX in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen (Eingliederungshilfe) oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V genannten Orten erbringen (eigener Haushalt).

Nummer 1 betreiberorganisierte Wohneinheit

Eine Wohneinheit wird von einem Leistungserbringer betrieben, wenn er sich gegenüber mehreren Versicherten in derselben Wohneinheit zur Überlassung von Wohnraum und zur Erbringung von Leistungen nach § 37c SGB V verpflichtet. Die konkreten Kriterien werden in den Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V (vgl. § 7 Absatz 2) weiter operationalisiert.

Nummer 4 eigener Haushalt

Alle Versorgungsformen, die nicht unter 1 bis 3 der vorstehenden Aufzählung genannt sind, werden als Versorgungsformen im eigenen Haushalt betrachtet. Dies gilt auch für selbstorganisierte Wohneinheiten.

1.2r bis 1.2t Fachbereichsleitungen

Diese Angaben sind erforderlich, wenn die fachliche Leitung eines Versorgungsbereichs (z. B. AKI, Wundversorgung, etc.) durch eine andere Person als die verantwortliche Pflegefachkraft erfolgt.

M/Info		
1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber (zuständiger Landesverband der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder Krankenkasse)	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> Krankenkasse, welche?:	<input type="radio"/> KNAPPSCHAFT <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> vdek
b. Datum	_____	_____
	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
c. Uhrzeit	von	bis
1. Tag		
2. Tag		
3. Tag		
d. Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des Leistungserbringers		
e. Prüferinnen oder Prüfer		
f. an der Prüfung Beteiligte	Namen	
<input type="radio"/> Krankenkasse		
<input type="radio"/> Sozialhilfeträger		
<input type="radio"/> Gesundheitsamt		
<input type="radio"/> Trägerverband		
<input type="radio"/> sonstige: welche?		

Erläuterung zur Prüffrage 1.3:

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und -zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnerinnen bzw. Gesprächspartnern des Leistungserbringers, Prüferinnen und Prüfern des Medizinischer Dienstes und weiteren an der Prüfung beteiligten Personen. „An der Prüfung Beteiligte“ ist anzukreuzen, wenn die genannten Institutionen ganz oder teilweise beteiligt sind.

M/Info

1.4 Prüfungsauftrag nach § 275b SGB V

- a. Regelprüfung
- b. Anlassprüfung (Beschwerde von versorgter Person, An- und Zugehörigen o. ä.)
 Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)
 Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
- c. Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung
 Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung
- d. 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 TT.MM.JJJJ

Gesundheitsamt

nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige
 Aufsichtsbehörde

sonstige: welche?

keine Angaben

Erläuterung zur Prüffrage 1.4:**1.4g letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen**

Wenn Wohneinheiten geprüft werden, sind jeweils die letzten Prüfungen in diesen Wohneinheiten anzugeben.

Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V

Teil 1 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V.

2 Allgemeine Angaben

M/Info	
2.1 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl versorgte Personen:	
Anzahl versorgte Personen nach § 37 SGB V	

Erläuterung zu Prüffrage 2.1:

In dieser Tabelle sind alle Personen zu erfassen, die vom Leistungserbringer versorgt werden. Bei der Stichprobenbildung werden nur Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt.

M/Info	
2.2 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 27a psychiatrische häusliche Krankenpflege	
d. Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	
e. Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	

3 Aufbau- und Ablauforganisation Personal

Info	
3.1 Stellenanteile der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung bei diesem Leistungserbringer in Vollzeitstellen:	
a. verantwortliche Pflegefachkraft	
b. Stellvertretung	

Erläuterung zur Prüffrage 3.1:

Der Stellenanteil der verantwortlichen Pflegefachkraft gibt Hinweise darüber, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann. Hinweise zum Umfang einer Vollzeitstelle bei dieser Pflegeeinrichtung können sich aus dem Versorgungsvertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V ergeben.

Info	
3.2 Wöchentlicher Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind:	
a. verantwortliche Pflegefachkraft	
b. Stellvertretung	

Erläuterung zur Prüffrage 3.2:

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

	ja	nein	E.
3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			<input type="radio"/>
B			
a. Pflegefachkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B			
b. ausreichende Berufserfahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B			
c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B			
d. leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B			
e. genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 3.3:

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

3.3a Pflegefachkraft

Pflegefachkräfte nach den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V sind:

- Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann
- 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 nach dem PflBG) 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 Absatz 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.

3.3b ausreichende Berufserfahrung

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

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.4 Die für die Versorgung von Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden verantwortliche Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung verfügt über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B

a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
--	-----------------------	-----------------------	--	--

M/B

b. spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Umfang von mindestens 168 Unterrichtseinheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
---	-----------------------	-----------------------	--	--

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn kein Vertrag gemäß § 6 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden vorliegt.

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.5 Die für die Versorgung im Rahmen von pHKP verantwortliche Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung verfügt über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M/B				
a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
M/B				
b. 1. eine staatlich anerkannte/zertifizierte sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder 2. eine Weiterbildung zur Fachkrankenschwester oder zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie gemäß der Weiterbildungsverordnung Psychiatrie oder Weiterbildungsverordnung Gerontopsychiatrie oder DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder 3. eine Weiterbildung auf der Grundlage des Curriculums: „Ambulante und gemeindenaher Pflege psychisch kranker Menschen“ nach H. Haynert, Universität Witten-Herdecke, Dezember 2010, sofern neben dem Theorieteil des Curriculums ein verzahnter Praxisteil mindestens im Umfang von 120 Zeitstunden berufspraktischer Erfahrung mit Selbsterfahrung (ggf. in Kooperation) absolviert wird oder 4. ein staatlich anerkannter Studienabschluss mit dem Schwerpunkt psychiatrische Versorgung und eine hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten acht Jahre von mindestens zwei Jahren nach erteilter Erlaubnis in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrischen Institutsambulanz, Wohnheim oder Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen) sowie der ambulanten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung gemäß § 5 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung im Rahmen der pHKP vorliegt.

	ja	nein	E.
3.6 Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			<input type="radio"/>
B			
a. Pflegefachkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B			
b. ausreichende Berufserfahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B			
c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 3.6:

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.7 Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung für die Versorgung von Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden die Vertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung der Prüffrage 3.7:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn kein Vertrag gemäß § 6 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden oder keine vorübergehende Abwesenheit der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung vorliegt.

Laut § 6 Absatz 8 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V sind in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung (verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleistung) von bis zu sechs Monaten bei der Vertretung die Anforderungen der Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden durchführen (§ 6 Absatz 9 Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V), zu erfüllen. Ab dem siebten Monat der Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft sind die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung zu erfüllen.

Eine vorübergehende Verhinderung umfasst jede Verhinderung der fachlichen Leitung, unabhängig von der Dauer der Abwesenheit, z. B. Krankheit.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.8 Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung im Rahmen der pHKP die Vertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung gemäß § 5 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung im Rahmen der pHKP oder keine vorübergehende Abwesenheit der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung vorliegt.

Laut § 5 Absatz 7 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V sind in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung (verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleistung) von bis zu sechs Monaten bei der Vertretung die Anforderungen der Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung im Rahmen der pHKP durchführen (§ 5 Absatz 8 Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V), zu erfüllen. Ab dem siebten Monat der Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft sind die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung zu erfüllen.

Eine vorübergehende Verhinderung umfasst jede Verhinderung der fachlichen Leitung, unabhängig von der Dauer der Abwesenheit, z. B. Krankheit.

M/B			
	ja	nein	E.
3.9 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.9:

Zu beurteilen ist, ob eine systematische Herangehensweise an die Pflegeprozessgestaltung erkennbar ist. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

M/B			
	ja	nein	E.
3.10 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.10:

Mit dieser Frage sind Aspekte der Dienst-, Einsatz- und Tourenplanung oder Teamzusammenstellung beim Leistungserbringer angesprochen, die auf der Basis von Unterlagen zur Organisation des Leistungserbringers und von Informationen aus Fachgesprächen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.11 Werden die Mindestanforderungen an die Personalbesetzung nach dem Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V erfüllt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.11:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine Mindestanforderungen an die Personalbesetzung im Vertrag geregelt sind.

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.12:

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.

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.13 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M/B				
a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
M/B				
b. spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Umfang von mindestens 84 Unterrichtseinheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 3.13:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn kein Vertrag gemäß § 6 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden vorliegt.

Zur Information: Jede Mitarbeiterin oder jeder Mitarbeiter muss über eine Qualifizierung im Umfang von mindestens 56 Unterrichtseinheiten verfügen. Ab dem 01.01.2024 müssen 50 Prozent der an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation im Umfang von 84 Unterrichtseinheiten verfügen. Ab dem 01.01.2026 müssen alle an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation von 84 Unterrichtseinheiten verfügen.

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.14 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung im Rahmen der pHKP durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M/B				
a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
M/B				
b. spezifische Zusatzqualifikation zur Versorgung psychisch erkrankter Personen im Umfang von mindestens 320 Zeitstunden oder einschlägige Berufserfahrung von mindestens einem Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
M/B				
c. Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung oder spezifische Zusatzqualifikation sind mit Aufnahme der Versorgung im Rahmen der pHKP bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
M/B				
d. bei der Versorgung im Rahmen der pHKP durch Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung bzw. spezifischer Qualifikation wird neben den noch zu qualifizierenden Pflegefachkräften jeweils mindestens eine Pflegefachkraft mit spezifischer Qualifikation bzw. einschlägiger Berufserfahrung eingesetzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 3.14:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung gemäß § 5 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung im Rahmen der pHKP vorliegt.

3.14d Bei der Versorgung im Rahmen der pHKP durch Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung bzw. spezifischer Qualifikation wird neben den noch zu qualifizierenden Pflegefachkräften jeweils mindestens eine Pflegefachkraft mit spezifischer Qualifikation bzw. einschlägiger Berufserfahrung eingesetzt.

Wenn eine nicht qualifizierte Pflegefachkraft zur Betreuung im Rahmen der pHKP eingesetzt wird, muss bei dieser Person mindestens eine nach § 7 Absatz 8 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V qualifizierte Pflegefachkraft eingesetzt sein. Die Leistungserbringung durch diese qualifizierte Pflegefachkraft muss nicht zeitgleich sein.

Der Betrachtungszeitraum umfasst in der Regel die letzten vier Wochen vor der Prüfung.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.15 Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der in der Versorgung von Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an spezifischen Fortbildungen im Umfang von zehn Zeitstunden teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.15:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung gemäß § 6 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung von Personen mit chronischen und schwer heilenden Wunden vorliegt.

In die Prüfung sind Pflegefachkräfte einzubeziehen, die mindestens ein Jahr bei dem Leistungserbringer beschäftigt sind.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.16 Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der im Rahmen der pHKP tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an spezifischen internen und/oder externen Fortbildungen teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.16:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung gemäß § 5 der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung im Rahmen der pHKP vorliegt.

In die Prüfung sind Pflegefachkräfte einzubeziehen, die mindestens ein Jahr bei dem Leistungserbringer beschäftigt sind.

4 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu betreiben. Dies lässt sich aus den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 4 SGB V ableiten.

Erwartet wird, dass der Leistungserbringer über ein systematisches Qualitätsmanagement verfügt und eigenverantwortlich an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet, die im Rahmen der internen Qualitätssicherung oder einer externen Qualitätsprüfung identifiziert worden sind. Er wendet im Rahmen seines internen Qualitätsmanagements geeignete Methoden und Verfahren an.

Hinsichtlich des Qualitätsmanagements ist zu prüfen, ob der Leistungserbringer Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vergangener externer Prüfungen und Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements. Zu prüfen ist insbesondere, ob der Leistungserbringer an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet und bewährte Methoden oder Verfahren des Qualitätsmanagements zur Anwendung kommen, die zu einer Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen. Hierzu gehören beispielsweise Fallbesprechungen, Pflegevisiten, die kollegiale Beratung, Qualitätszirkel und ggf. die Nutzung von Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement.

M/Info

4.1 Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:

M/Info

4.2 Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:

M/Info

4.3 Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:

M/B			
	ja	nein	E.
4.4 Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.4:

Zu beurteilen ist, ob der Leistungserbringer regelhaft Verfahren anwendet, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen). Die Verfahren können u. a. in Fallbesprechungen, Pflegevisiten, internen Audits oder der Nutzung von Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement bestehen.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.5 Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.5:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn trotz der Anwendung regelhafter Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen aktuell keine Qualitätsprobleme identifiziert werden konnten und auch bei vorangegangenen Prüfungen keine Qualitätsprobleme festgestellt worden sind.

Im Fall vorhandener Qualitätsprobleme ist zu beurteilen, ob Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, wie z. B. Fortbildungen, Fallbesprechungen, interne Audits, Qualitätszirkel durchgeführt wurden, um die Qualitätsprobleme zu beheben.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.6 Nutzt der Leistungserbringer Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.6:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn trotz der Anwendung regelhafter Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen aktuell keine Qualitätsprobleme identifiziert werden konnten und auch bei vorangegangenen Prüfungen keine Qualitätsprobleme festgestellt worden sind.

Neben allgemeinen Verfahren des internen Qualitätsmanagements können beispielsweise Expertenstandards, Leitlinien und ggf. andere hilfreich sein, um das Auftreten von Qualitätsproblemen zu verhindern oder an der Behebung von Qualitätsdefiziten zu arbeiten. Im Rahmen eines Fachgesprächs ist zu beurteilen, ob und in welcher Form entsprechende Instrumente angewandt werden.

M/B			
	ja	nein	E.
4.7 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.7:

Es ist im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Leistungserbringers zu beurteilen, ob und in welcher Form diese in Verfahren zur Identifizierung und Behebung von Qualitätsproblemen einbezogen sind, z. B. durch Hinweise zur Dokumentation von Qualitätsproblemen, Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen oder Pflegevisiten.

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.8:

4.8g Konzept angewandt

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

M/B				
	ja	nein	E.	
4.9 Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei den versorgten Personen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 4.9:

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

5 Hygiene

Der Leistungserbringer hat seine Leistungen nach dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse durchzuführen. Dies umfasst auch ein Hygienemanagement. Es wird erwartet, dass der Leistungserbringer grundlegende hygienische Anforderungen in der Pflege berücksichtigt. Dazu ist im Rahmen des Hygienemanagements ein für die Einrichtung spezifischer Hygieneplan als verbindliches Instrument zur Einhaltung der Infektionshygiene erstellt und regelmäßig aktualisiert.

Zu prüfen ist, ob der Leistungserbringer ein angemessenes Hygienemanagement aufweist, durch das innerbetriebliche Verfahrensweisen in Bezug auf grundlegende hygienische Anforderungen geplant, eingehalten und umgesetzt werden.

M/B			
	ja	nein	E.
5.1 Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob entsprechende Verfahrensanweisungen vorhanden sind. Zudem sollte beurteilt werden, ob die bestehenden Verfahrensregelungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Leistungserbringers bekannt sind und angewandt werden. Dies kann beispielsweise überprüft werden durch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern abgezeichnete Dienstanweisungen oder durch Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter per Zufallsauswahl.

Die Verfahrensanweisungen sollten bezogen auf die Basishygiene mindestens die folgenden Angaben umfassen:

- Händedesinfektion
- Reinigung und Desinfektion von Flächen
- Abfallentsorgung
- Umgang mit Schmutzwäsche
- Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten

Bezogen auf die individuelle Risikobewertung (z. B. Multiresistente Erreger (MRE), Skabies, Norovirus) können beispielweise das Tragen von Schutzkleidung oder Isolationsmaßnahmen relevant sein und sollten in den Verfahrensanweisungen berücksichtigt werden. Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen (z. B. Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden) können auch in den dafür erstellten Standards/Richtlinien festgelegt werden.

M/B			
	ja	nein	E.
5.2 Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (zuvor KRINKO)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.2:

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob die vorgesehenen Verfahrensweisen des Leistungserbringers mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie relevanten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe entsprechen. Relevante Empfehlungen liegen u. a. zu folgenden Themen vor:

- Händehygiene
- Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen
- Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie
- Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen
- Hygienemaßnahmen bei Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen (MRGN)
- Empfehlung des RKI zum Umgang mit SARS-CoV 2 in der Pflege/Betreuung (außerhalb des Krankenhauses)
- Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen

M/B			
	ja	nein	E.
5.3 Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.3:

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

M/B			
	ja	nein	E.
5.4 Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.4:

Hier ist zu beurteilen, ob regelmäßig im Rahmen des internen Qualitätsmanagements die Beachtung grundlegender hygienischer Anforderungen überprüft wird. Dies kann beispielsweise anhand von Protokollen überprüft werden.

Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V

Teil 2 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V.

Wenn anhand der Vorgaben für die Stichprobenziehung (Anlage 4) Personen in der Einfachversorgung in die Prüfung einbezogen werden, bezieht sich die Strukturprüfung auf die Einfachversorgung.

Wenn anhand der Vorgaben für die Stichprobenziehung (Anlage 4) Personen in betreiberorganisierten Wohneinheiten in die Prüfung einbezogen werden, bezieht sich die Strukturprüfung (auch) auf die Wohneinheit, für die eine vertiefte Prüfung vorgesehen ist.

Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen bezieht sich die Strukturprüfung auf den Bereich der Pflegeeinrichtung, für den ein Vertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V geschlossen ist.

Bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe bezieht sich die Strukturprüfung auf den Bereich der Eingliederungshilfe, für den eine Vertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V geschlossen ist.

2 Allgemeine Angaben

M/B			
2.1	Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl versorgte Personen nach § 37c SGB V:	gesamt	davon invasiv beatmet
	ambulante Pflegeeinrichtung		
	in betreiberorganisierten Wohneinheiten		
	davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 1		
	davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 2		
	davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 3		
	davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 4		
	davon in betreiberorganisierter Wohneinheit 5		
	in Einfachversorgung		
	vollstationäre Pflegeeinrichtung		
	Eingliederungshilfe		

Erläuterung zur Prüffrage 2.1:

In dieser Tabelle sind alle Personen zu erfassen, die vom Leistungserbringer versorgt werden. Bei der Stichprobenbildung werden nur Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt.

Wohneinheit 1 ist die Wohneinheit, in der eine vertiefte Prüfung (Strukturprüfung und personenbezogene Prüfung bei vier Personen) stattfindet.

	ja	nein	t. n. z.	E.
2.2 Bauliche Anforderungen an die betreiberorganisierte Wohneinheit nach § 132I Abs. 2 Nummer 1 SGB V			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B				
a. die Größe der Bewohnerzimmer orientiert sich an den medizinisch-pflegerisch notwendigen Anforderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
b. die Versorgung erfolgt im Einzelzimmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
c. ein Gemeinschaftsraum ist vorhanden und als solcher von den versorgten Personen nutzbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
d. ein barrierefreier Dusch- und Sanitärbereich ist vorhanden und als solcher von den versorgten Personen nutzbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
e. die Wohneinheit ist barrierefrei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
f. eine separate Gäste- und Personaltoilette und ein Händewaschplatz sind vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
g. Küche: ein Kühlschrank zur fachgerechten Lagerung von Lebensmitteln ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
h. Küche: eine Geschirrspülmaschine mit Betriebstemperatur über 60°C ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
i. ein überfahrbares WC oder erhöhtes WC ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B				
j. eine Fäkalienspüle bei von mehreren Personen genutztem Bad oder WC ist vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erläuterung zu Prüffrage 2.2:

Diese Prüffrage wird unter Berücksichtigung des Prüfauftrages insbesondere bei Inbetriebnahme bzw. Vertragsschluss oder nach Umbauarbeiten geprüft.

2.2a die Größe der Bewohnerzimmer orientiert sich an den medizinisch-pflegerisch notwendigen Anforderungen

Die Beantwortung dieser Prüffrage zielt auf die Beobachtung und den Eindruck der Prüferinnen und Prüfer ab. Folgende Kriterien sind dabei relevant:

- ein beidseitiger Zugang zum Bett kann gewährleistet werden
- ausreichend Platz, um im Notfall intervenieren zu können
- ein Transfer aus dem Bett und die Mobilisation innerhalb des Zimmers sind möglich

2.2c ein Gemeinschaftsraum ist vorhanden und als solcher nutzbar

Bei dieser Frage ist zu bewerten, ob ein separater Gemeinschaftsraum vorhanden ist und ausreichend Platz für das Befahren mit Rollstühlen und eventuell auch mit einem Beatmungsgerät oder anderen Hilfsmitteln bietet. Der Gemeinschaftsraum sollte so eingerichtet sein, dass sich mehrere Versicherte dort zur selben Zeit zusammensetzen und bei Bedarf miteinander interagieren können. Die Größe des Gemeinschaftsraumes ist auch abhängig von der Größe der Wohneinheit. Hierbei kann es sich auch um eine Wohnküche handeln.

2.2d ein barrierefreier Dusch- und Sanitärbereich ist vorhanden und als solcher von den versorgten Personen nutzbar

Den Versicherten ist Gelegenheit zur Nutzung eines barrierefreien Duschbades oder einer angemessen ausgestatteten Badewanne innerhalb der Wohneinheit zu geben. Hierzu ist es erforderlich, dass dieser Sanitärbereich beispielsweise mit einem Duschwagen, Lifter oder Rollstuhl problemlos zugänglich ist.

2.2e die Wohneinheit ist barrierefrei

Zugangs- und Eingangsbereiche müssen u. a. stufen- und schwellenlos erreichbar sein. Aufzüge müssen mit dem Rollstuhl benutzbar sein. Innerhalb der Wohneinheit muss eine uneingeschränkte Nutzbarkeit mit dem Rollstuhl möglich sein.

2.2f eine separate Gäste- und Personaltoilette und ein Händewaschplatz sind vorhanden

Es müssen eine gesonderte Toilette und ein Handwaschbecken vorhanden sein, die nur für Personal und Gäste zur Verfügung stehen.

2.2i ein überfahrbares WC oder erhöhtes WC ist vorhanden

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn die Wohneinheit vor dem 01.07.2023 in Betrieb genommen wurde.

Diese Anforderung ist in Wohneinheiten zu prüfen, die nach dem 01.07.2023 neu in Betrieb genommen wurden.

2.2j eine Fäkalienspüle bei von mehreren Personen genutztem Bad oder WC ist vorhanden

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn die Wohneinheit vor dem 01.07.2023 in Betrieb genommen wurde.

Diese Anforderung ist in Wohneinheiten zu prüfen, die nach dem 01.07.2023 neu in Betrieb genommen wurden.

3 Aufbau- und Ablauforganisation Personal

M/Info	
3.1	Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft, Stellvertretung und Fachbereichsleitung bei diesem Leistungserbringer (wöchentlicher Stundenumfang):
verantwortliche Pflegefachkraft	
Stellvertretung	
Fachbereichsleitung	

Erläuterung zur Prüffrage 3.1:

Bei Fachbereichsleitung ist soweit zutreffend die Pflegefachkraft gemeint, die anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen nach § 2 Absatz 7 Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V erfüllt.

Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft und Stellvertretung geben Hinweise darüber, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen können.

M/Info	
3.2	Wöchentlicher Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft, Stellvertretung und Fachbereichsleitung in der Pflege tätig sind:
verantwortliche Pflegefachkraft	
Stellvertretung	
Fachbereichsleitung	

Erläuterung zur Prüffrage 3.2:

Bei Fachbereichsleitung ist soweit zutreffend die Pflegefachkraft gemeint, die anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen nach § 2 Absatz 7 Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V erfüllt.

Der Umfang des Einsatzes der verantwortlichen Pflegefachkraft und Stellvertretung in der direkten Pflege geben Hinweise darüber, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen können.

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B				
a. Pflegefachkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
b. ausreichende Berufserfahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
c. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
d. leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
e. genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 3.3:

Die Festlegung in den Rahmenempfehlungen gemäß § 132l Absatz 1 SGB V sind zu beachten. Abweichende vertragliche Anforderungen nach § 132l Absatz 5 SGB V sind zu berücksichtigen.

Pflegefachkräfte nach den Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V sind:

- Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann
- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerinnen oder Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PflBG) oder
- Altenpflegerinnen oder Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht

Soweit zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte am 30.06.2023 auf der Grundlage von Verträgen nach § 132a Absatz 4 SGB V als verantwortliche Pflegefachkraft eines Leistungserbringers in der außerklinischen Intensivpflege anerkannt waren, dürfen sie diese Funktion auch weiterhin ausüben (personenbezogener Bestandschutz).

M/Info		
		t. n. z.
3.4 Stellenumfang (Vollzeitstellen) der verantwortlichen Pflegefachkraft und der Fachbereichsleitungen		<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn der Leistungserbringer keine beatmeten und auch keine tra-
chealkanülierten Personen betreut.

Hier ist der Stellenumfang aller Fachbereichsleitungen zu erfassen.

Wenn die verantwortliche Pflegefachkraft die Anforderungen für die außerklinische Inten-
sivpflege erfüllt, ist auch der Stellenumfang dieser Person hier zu berücksichtigen.

Hinweise zum Umfang einer Vollzeitstelle bei dieser Pflegeeinrichtung können sich aus dem
Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V ergeben.

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.5 Die für die Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen verantwortliche Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitungen und Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B				
a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B				
b. 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich auf Intensivstationen oder Intermediate Care-Stationen oder in der außerklinischen Beatmung oder einer Weaningeinheit über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen für Kinder, interdisziplinären pädiatrischen Intensivstationen oder in der außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung) über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre 6. sind die Voraussetzungen nach 3. oder 5. gegeben: Zusatzqualifikation (mindestens 200 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“/„Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn der Leistungserbringer keine beatmeten und auch keine trachealkanülierten Personen betreut.

Die Frage bezieht sich auf die vertraglich vereinbarte verantwortliche Pflegefachkraft, deren Stellvertretung und alle Fachbereichsleitungen des gesamten Leistungserbringers.

B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.6 Die für die Versorgung von weder beatmeten noch trachealkanülierten Personen verantwortliche Pflegefachkraft ist Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.6:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn der Leistungserbringer beatmete oder nicht beatmete trachealkanülierte Personen betreut.

B			
	ja	nein	E.
3.7 Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft sozialversicherungspflichtig beschäftigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.8 Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung für die Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen die Vertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

Die Frage ist nur zu beantworten, wenn zum Zeitpunkt der Prüfung eine Verhinderung der fachlichen Leitung vorliegt. Ansonsten ist t. n. z. anzukreuzen.

Laut § 2 Absatz 9 der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V sind in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der fachlichen Leitung (verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung und Stellvertretung) von bis zu sechs Monaten bei der Vertretung die Anforderungen der Pflegefachkräfte zu erfüllen, die eigenverantwortlich die Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen übernehmen. Ab dem siebten Monat der Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft sind die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Fachbereichsleitung zu erfüllen.

Eine vorübergehende Verhinderung umfasst jede Verhinderung der fachlichen Leitung, unabhängig von der Dauer der Abwesenheit, z. B. Krankheit, Urlaub.

M/B			
	ja	nein	E.
3.9 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.9:

Zu beurteilen ist, ob eine systematische Herangehensweise an die Pflegeprozessgestaltung erkennbar ist. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

M/B			
	ja	nein	E.
3.10 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die bei den jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.10:

Mit dieser Frage sind Aspekte der Dienst-, Einsatz- und Tourenplanung oder Teamzusammenstellung beim Leistungserbringer angesprochen, die auf der Basis von Unterlagen zur Organisation des Leistungserbringers und von Informationen aus Fachgesprächen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.11 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B

a. Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
--	-----------------------	-----------------------	--	--

M/B

b. <ol style="list-style-type: none"> 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege (z. B. auf neonatologischen Intensivstationen, Intermediate Care-Stationen für Kinder, interdisziplinären pädiatrischen Intensivstationen oder in der außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung) über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 6. Zusatzqualifikation (mindestens 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“/ „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“ <p>Mehrfachversorgung: Neu eingestellte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation sind mit Aufnahme der intensivpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme zur AKI gemäß der Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt.</p> <p>Mehrfachversorgung: Es wurde pro Schicht nur eine Pflegefachkraft ohne einschlägige Berufserfahrung bzw. Qualifizierung eingesetzt. Es ist immer mindestens eine qualifizierte Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft mit abgeschlossener AKI-spezifischer Qualifikation bzw. einschlägiger Berufserfahrung im Dienst. Mit Tätigkeitsbeginn haben alle Pflegefachkräfte mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
---	-----------------------	-----------------------	--	--

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.11 Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfachversorgung: Neu eingestellte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung haben ihren Einsatz im dritten Jahr der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann bei einem Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege absolviert oder der Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V war der Träger der praktischen Ausbildung der betreffenden Pflegefachfrau oder des Pflegefachmannes. Mit Tätigkeitsbeginn haben diese Pflegefachkräfte mindestens eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung erhalten. Diese Pflegefachkraft ist innerhalb von 14 Tagen nach Arbeitsaufnahme zu einer Qualifizierung angemeldet worden und hat diese nach sechs Monaten abgeschlossen. Von diesen Pflegefachkräften wird pro Pflgeteam nur eine Pflegefachkraft eingesetzt.				

Erläuterung zur Prüffrage 3.11:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn der Leistungserbringer keine beatmeten und auch keine trachealkanülierten Personen betreut. Hier sind die Voraussetzungen für den gesamten zu prüfenden Leistungserbringer zu prüfen.

Qualifikationen, die unter den Sonderregelungen während der Pandemie erworben wurden, sind anzuerkennen.

Der Betrachtungszeitraum für die spezifischen Anforderungen der Einfach- und Mehrfachversorgung umfasst in der Regel die letzten vier Wochen vor der Prüfung.

Wird die außerklinische Intensivpflege der versorgten Person im eigenen Haushalt oder im Haushalt der Familie oder an sonst einem geeigneten Ort, insbesondere im betreuten Wohnen, der Schule, in der Kindertagesstätte und in Werkstätten für Menschen mit Behinderung erbracht, handelt es sich um eine Einfachversorgung.

Der Betrachtungszeitraum umfasst in der Regel die letzten vier Wochen vor der Prüfung.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.12 Die Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei weder beatmeten noch trachealkanülierten Personen durchführen, sind Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.12:

Diese Frage ist zu beantworten, wenn der Leistungserbringer mindestens eine Person mit außerklinischer Intensivpflege versorgt, die weder beatmet noch trachealkanüliert ist. Ansonsten ist die Frage mit t. n. z. zu beantworten.

Der Betrachtungszeitraum umfasst in der Regel die letzten vier Wochen vor der Prüfung.

M/Info		
		t. n. z.
3.13 Vollzeitstellen der Pflegefachkräfte in der Mehrfachversorgung		<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.13:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn es sich um eine Einfachversorgung handelt.

Diese Prüfung erfolgt nur in den Wohneinheiten, in denen Versicherte geprüft werden, in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

In diese Berechnung sind alle Pflegefachkräfte einzubeziehen, die beim Leistungserbringer angestellt sind bzw. die durch Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeit) beschäftigt werden.

Personal, welches aus der Lohnzahlung oder aus der Lohnfortzahlung gefallen ist, wird hierbei nicht berücksichtigt.

Grundlage für die Berechnung ist der Dienstplan einer der letzten vor der Prüfung abgerechneten Monate. Die Prüferin oder der Prüfer entscheidet über den zu prüfenden Monat.

Bei der Berechnung des Personalkörpers ist wie folgt vorzugehen:

1. Ermittlung der Summe der Ist-Arbeitszeit für die im Dienstplan des Abrechnungsmonats aufgeführten Pflegefachkräfte
2. Berücksichtigung der in der Einrichtung geltenden monatlichen Soll-Arbeitszeit für eine Vollzeitkraft (VZK)
3. Ermittlung des Personalkörpers

$$\text{Summe der Ist-Arbeitszeit nach Ziffer 1} / \text{monatliche Soll-Arbeitszeit für eine VZK} = \text{Personalkörper}$$

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
3.14 Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der in der außerklinischen Intensivpflege tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an spezifischen Fortbildungen im Umfang von 16 Zeitstunden teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 3.14:

Fortbildungen, die sich auf die für die außerklinische Intensivpflege relevanten Themen beziehen, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der außerklinischen Intensivpflege in anderen Leistungsbereichen, wie z. B. häuslichen Krankenpflege erworben werden, sind anzuerkennen und auf den kalenderjährlichen Umfang von 16 Zeitstunden anzurechnen.

In die Prüfung sind Pflegefachkräfte einzubeziehen, die mindestens ein Jahr bei dem Leistungserbringer beschäftigt sind.

Dazu zählen insbesondere die folgenden Themengebiete:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.15:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine Übernahmeplanung für die Koordination mit verschiedenen Einsatzgruppen (z. B. Krankenhaus, Ärztin und Arzt, Pflorgeteam, Geräteprovider, Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, ggf. Therapeutinnen oder Therapeuten, ggf. Kostenträger) sowie eine Planung zur Ausstattung der pflegerischen Versorgung durch den Leistungserbringer bei Übernahme einer versorgten Person aus der klinischen Versorgung (Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Beatmungs-/Weaningzentrum) in die außerklinische Versorgung vorliegen.

Für das Übernahmemanagement wird der Einsatz von Entlassungs-Ausstattungs-Checklisten empfohlen. Das Übernahmemanagement sollte mindestens folgende Aspekte umfassen:

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

	ja	nein	t. n. z.	E.
3.16 Ist die pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit außerklinischer Intensivpflege geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?				<input type="radio"/>
M/B				
a. Regelung liegt vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
M/B				
b. Regelung umgesetzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 3.16:

3.16a Regelung liegt vor

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

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

3.16b Regelung umgesetzt

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

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

4 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu betreiben. Die Anforderungen ergeben sich aus § 10 der Rahmenempfehlung zur außerklinischen Intensivpflege nach § 132l Absatz 1 SGB V.

Erwartet wird, dass der Leistungserbringer über ein systematisches Qualitätsmanagement verfügt und eigenverantwortlich an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet, die im Rahmen der internen Qualitätssicherung oder einer externen Qualitätsprüfung identifiziert worden sind. Er wendet im Rahmen seines internen Qualitätsmanagements geeignete Methoden und Verfahren an.

Hinsichtlich des Qualitätsmanagements ist zu prüfen, ob der Leistungserbringer Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vergangener externer Prüfungen und Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements. Zu prüfen ist insbesondere, ob der Leistungserbringer an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet und bewährte Methoden oder Verfahren des Qualitätsmanagements zur Anwendung kommen, die zu einer Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen. Hierzu gehören beispielsweise Fallbesprechungen, Pflegevisiten, die kollegiale Beratung, Qualitätszirkel und ggf. die Nutzung von Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement.

M/Info

4.1 Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:

M/Info

4.2 Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:

M/Info

4.3 Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:

M/B			
	ja	nein	E.
4.4 Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.4:

Zu beurteilen ist, ob der Leistungserbringer regelhaft Verfahren anwendet, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen). Die Verfahren können in Fallbesprechungen, Pflegevisiten, internen Audits oder der Nutzung von Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement u. a. bestehen.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.5 Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.5:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn trotz der Anwendung regelhafter Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen aktuell keine Qualitätsprobleme identifiziert werden konnten und auch bei vorangegangenen Prüfungen keine Qualitätsprobleme festgestellt worden sind.

Im Fall vorhandener Qualitätsprobleme ist zu beurteilen, ob Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, wie z. B. Fortbildungen, Fallbesprechungen, interne Audits, Qualitätszirkel durchgeführt wurden, um die Qualitätsprobleme zu beheben.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
4.6 Nutzt der Leistungserbringer Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.6:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn trotz der Anwendung regelhafter Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen aktuell keine Qualitätsprobleme identifiziert werden konnten und auch bei vorangegangenen Prüfungen keine Qualitätsprobleme festgestellt worden sind.

Neben allgemeinen Verfahren des internen Qualitätsmanagements können beispielsweise Expertenstandards, Leitlinien und ggf. andere hilfreich sein, um das Auftreten von Qualitätsproblemen zu verhindern oder an der Behebung von Qualitätsdefiziten zu arbeiten. Im Rahmen eines Fachgesprächs ist zu beurteilen, ob und in welcher Form entsprechende Instrumente angewandt werden.

M/B			
	ja	nein	E.
4.7 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.7:

Es ist im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Leistungserbringers zu beurteilen, ob und in welcher Form diese in Verfahren zur Identifizierung und Behebung von Qualitätsproblemen einbezogen sind, z. B. durch Hinweise zur Dokumentation von Qualitätsproblemen, Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen oder Pflegevisiten.

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.8:

4.8g Konzept angewandt

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

M/B			
	ja	nein	E.
4.9 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zu medizinischen Notfällen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.9:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn geeignete schriftliche Regelungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu medizinischen Notfällen (vor allem zu Trachealkanülenzwischenfällen, Beatmungszwischenfällen, nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit) verbindlich festgelegt sind und den eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt sind.

M/B			
	ja	nein	E.
4.10 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zu nicht medizinischen Notfällen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 4.10:

Die Prüffrage ist mit ja zu beantworten, wenn Regelungen zu nicht medizinischen Notfällen (vor allem Stromausfall, Brand, Wasserschäden) verbindlich festgelegt sind und den eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt sind.

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.11:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine Beatmungsgeräte, Infusionsspritzenpumpen oder Infusionsgeräte verwendet werden.

Die Prüffrage bezieht sich auf Beatmungsgeräte, Infusionsspritzenpumpen und Infusionsgeräte.

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

5 Hygiene

Der Leistungserbringer hat seine Leistungen nach dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse durchzuführen. Dies umfasst auch ein Hygienemanagement. Kriterien für eine gute Ergebnisqualität ist die Einhaltung der Standards von Hygiene und Sauberkeit. Es wird erwartet, dass der Leistungserbringer grundlegende hygienische Anforderungen in der Pflege berücksichtigt. Dazu ist im Rahmen des Hygienemanagements ein für die Einrichtung spezifischer Hygieneplan als verbindliches Instrument zur Einhaltung der Infektionshygiene erstellt und regelmäßig aktualisiert.

Zu prüfen ist, ob der Leistungserbringer ein angemessenes Hygienemanagement aufweist, durch das innerbetriebliche Verfahrensweisen in Bezug auf grundlegende hygienische Anforderungen geplant, eingehalten und umgesetzt werden.

M/B			
	ja	nein	E.
5.1 Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob entsprechende Verfahrensanweisungen vorhanden sind. Zudem sollte beurteilt werden, ob die bestehenden Verfahrensregelungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Leistungserbringers bekannt sind und angewandt werden. Dies kann beispielsweise überprüft werden durch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern abgezeichnete Dienstanweisungen oder durch Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter per Zufallsauswahl.

Die Verfahrensanweisungen sollten bezogen auf die Basishygiene mindestens die folgenden Aspekte umfassen:

- Händedesinfektion
- Reinigung und Desinfektion von Flächen
- Abfallentsorgung
- Umgang mit Schmutzwäsche
- Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten

Bezogen auf die individuelle Risikobewertung (z. B. Multiresistente Erreger (MRE), Skabies, Norovirus) können beispielweise das Tragen von Schutzkleidung oder Isolationsmaßnahmen relevant sein und sollten in den Verfahrensanweisungen berücksichtigt werden. Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Standards/Richtlinien festgelegt werden.

M/B			
	ja	nein	E.
5.2 Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (zuvor KRINKO)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.2:

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob die vorgesehenen Verfahrensweisen des Leistungserbringers mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie relevanten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe entsprechen. Relevante Empfehlungen liegen u. a. zu folgenden Themen vor:

- Händehygiene
- Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen
- Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie
- Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen
- Hygienemaßnahmen bei Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen (MRGN)
- Empfehlung des RKI zum Umgang mit SARS-CoV 2 in der Pflege/Betreuung (außerhalb des Krankenhauses)
- Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen
- Infektionsprävention in Heimen

M/B			
	ja	nein	E.
5.3 Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.3:

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

M/B			
	ja	nein	E.
5.4 Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.4:

Hier ist zu beurteilen, ob regelmäßig im Rahmen des internen Qualitätsmanagements die Beachtung grundlegender hygienischer Anforderungen überprüft wird. Dies kann beispielsweise anhand von Protokollen überprüft werden.

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

Allgemeine Hinweise:

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

6 Allgemeine Angaben

M/Info		
6.1 Auftragsnummer		
Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info		ja	nein
6.2 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="radio"/> keiner <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		

M/Info		
	ja	nein
6.2 Angaben zur versorgten Person		
g. Werden Leistungen nach § 37 SGB V erbracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Werden Leistungen nach § 37c SGB V erbracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Werden bei stundenweiser Einfachversorgung nach § 37c SGB V außerhalb des Leistungszeitraums Leistungen nach § 37 SGB V erbracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Die Versorgung erfolgt in (Mehrfachnennungen sind möglich):		
<input type="radio"/> eigenem Haushalt <input type="radio"/> Schule, Kita, Werkstätte für Menschen mit Behinderung <input type="radio"/> selbstorganisierter Wohneinheit (als Sonderform des eigenen Haushalts) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform des eigenen Haushalts) <input type="radio"/> stationäre PE (§ 37c Absatz 2 Nummer 1 SGB V) <input type="radio"/> Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 37c Absatz 2 Nummer 2 SGB V) <input type="radio"/> betreiberorganisierte Wohneinheit (§ 37c Absatz 2 Nummer 3 SGB V) <input type="radio"/> sonstige Wohnform		
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden (ggf. Betreuerin oder Betreuer oder bevollmächtigte Person)?	<input type="radio"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.2:

6.2i Werden bei stundenweiser Einfachversorgung nach § 37c SGB V außerhalb des Leistungszeitraums Leistungen nach § 37 SGB V erbracht?

Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, erfolgt für die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, die außerhalb des Leistungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden, die Abrechnungsprüfung nach Teil 1 häusliche Krankenpflege.

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

M/Info	
6.4 Anwesende Personen	
a. Name der Prüferinnen oder der Prüfer	
b. Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des Leistungserbringers	
c. Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z. B. An- und Zugehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)	

Erläuterung zur Prüffrage 6.4:

6.4c Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters

Der Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters wird im Prüfbericht pseudonymisiert.

6.4d sonstige Personen (z. B. An- und Zugehörige, gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer)

Für die sonstigen Personen sind keine Namen anzugeben.

Teil 1: Häusliche Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 SGB V

Teil 1 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V.

7 Behandlungspflege

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

Der Leistungserbringer kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende Verordnung ausgestellt 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 ordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Anlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung). Dabei ist auch die erweiterte Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften gemäß § 37 Absatz 8 SGB V im Hinblick auf die Festlegung der Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen der Behandlungspflege zu beachten.

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

- gezielte Sammlung von Informationen, die für die Durchführung der Maßnahmen erforderlich sind
- Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens
- Auswertung der Nachweise und ggf. Information an die Ärztin bzw. 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) wurden hier nicht berücksichtigt und werden ggf. zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt. Die nachfolgende Tabelle zeigt die vorgelegten Antworten der Prüfungen des Kapitels 7 Behandlungspflege:

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.1	t. n. z.	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?
7.2	t. n. z.	Wird mit dem Absaugen der versorgten Person sachgerecht umgegangen?
7.3	t. n. z.	Erfolgen die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?
7.4	t. n. z.	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/ invasiv beatmeten Personen erfüllt?
7.5	t. n. z.	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
7.6	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
7.7	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.8	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.9	t. n. z.	Wird die interstitielle Glukosemessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.10	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
7.11	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
7.12	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
7.13	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
7.14	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
7.15	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
7.16	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
7.17	t. n. z.	Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?
7.18	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
7.19	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.20	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
7.21	t. n. z.	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
7.22	t. n. z.	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
7.24	t. n. z.	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
7.25	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
7.26	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
7.27	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
7.28	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
7.29	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.30	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.31	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.32	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde oder des Dekubitus nachvollziehbar?
7.33	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.34	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.35	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.36	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
7.37	t. n. z.	Erfolgt die Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht?
7.38	t. n. z.	Erfolgt die Versorgung im Rahmen der pHKP Personen sachgerecht?
7.39	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?
7.40	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.1:

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 der Ärztin bzw. dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt zur Folge haben. Dabei ist auch die erweiterte Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften gemäß § 37 Absatz 8 SGB V im Hinblick auf die Festlegung der Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen der Behandlungspflege zu beachten.

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. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.2:

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 den Herstellervorgaben desinfiziert wird.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

- die Überprüfung und Anpassung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z. B. Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen Erkrankungen,
- die Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes,
- ggf. der Austausch bestimmter Teile des Gerätes (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, Sauerstoffzellen) gemäß Herstellerangaben durchgeführt werden,
- das Medizinproduktebuch („Gerätehandbuch“) und die Gebrauchsanweisung vor Ort sind und
- beim eingesetzten wie auch beim Ersatzbeatmungsgerät die vom Hersteller vorgeschriebene sicherheitstechnische Kontrolle (STK) durchgeführt wurden (aktuelles Prüfsiegel).

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- ein manueller Beatmungsbeutel (z. B. Ambu-Beutel) einschließlich einer Maske in greifbarer Nähe vorhanden ist.
- ein Akku für ein Beatmungsgerät bei einer lebenserhaltenden Beatmung und bei Personen, die sich die Maske nicht selbst entfernen können, vorhanden ist. Wenn die Spontanatmungsfähigkeit zeitlich stark reduziert ist (tägliche Beatmungszeiten > 16 Stunden), ist ein externer Akku erforderlich.
- ein zweites Beatmungsgerät vorhanden ist. Die Indikation für ein zweites Beatmungsgerät ist gegeben, wenn die tägliche Beatmungsdauer mehr als 16 Stunden beträgt. In Ausnahmefällen kann auch schon früher ein zweites Beatmungsgerät notwendig sein, z. B. bei mobilen Personen mit Verwendung des Beatmungsgerätes am Rollstuhl. Die Beatmungsgeräte sollen identisch sein.
- bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung mindestens eine Reservemaske in gleicher Größe vorhanden ist.
- bei invasiv beatmeten Personen ein Absauggerät vorhanden ist. Ein netzunabhängiges Ersatzgerät ist in der Einfachversorgung notwendig. In der Mehrfachversorgung muss mindestens ein netzunabhängiges Ersatz-Absauggerät vorhanden sein.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.5:

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.
7.6 Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.6:

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 Pflegepersonal.

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.7:

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 die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich die Ärztin bzw. der Arzt.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.8:

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

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.9:

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

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.10:

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 Pflegepersonal.

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

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

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

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.17 Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.17:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Leistungserbringer das Richten oder das Verabreichen der Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat. Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation.

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 im eigenen Haushalt 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 der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.18:

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

Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente im eigenen Haushalt 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 der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.20:

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

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 der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.21:

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 Pflegepersonal.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.22:

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 Pflegepersonal. Hinweise zur sachgerechten Durchführung einer subkutanen Infusion ergeben sich aus der Grundsatzstellungahme Essen und Trinken im Alter (MDS 2014).

M/Info	
	nein
7.23 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>

ja:

- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen

von:

- Prüferin oder Prüfer beurteilt
- Leistungserbringer übernommen

Erläuterung zur Prüffrage 7.23:

Hier nimmt die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus ihrer bzw. 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 durch eine tatsächliche oder drohende Gewebeschädigung verursacht wird. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u. a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz.“ (DNQP, 2020)⁵

„Von chronischem Schmerz spricht man, wenn dieser dauerhaft oder wiederkehrend für mindestens drei Monate vorhanden ist und die akute Warnfunktion der physiologischen Schmerzwahrnehmung fehlt.“ (DNQP, 2020)⁶

5 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2020). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020. Osnabrück.

6 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2020) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020. Osnabrück.

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 7.24 mit „t. n. z.“ zu kreuzen. Das pflegerische Schmerzmanagement ist im Freitext unter 7.23 zu beschreiben.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.24:

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 bzw. der An- und Zugehörigen.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.25:

Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel auf eine Sprechkanüle 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 Trachealkanülentyp und zur Trachealkanülengröße
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
- Angaben dazu, wer den Trachealkanülenwechsel durchführt
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen (je nach Herstellerangaben ca. alle zwei Stunden und bei Manipulation) durchgeführt und einmal pro Schicht dokumentiert werden und der Cuffdruck der ärztlichen Anordnung sowie den Herstellerangaben entspricht

Zusätzlich zur erforderlichen Reserve-Trachealkanüle in gleicher Größe muss stets eine kleinere Trachealkanüle vorliegen und im Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Trachealkanüle) das Offenhalten des Tracheostomas gewährleistet sein (z. B. mittels Trachealspreizer).

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.26:

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

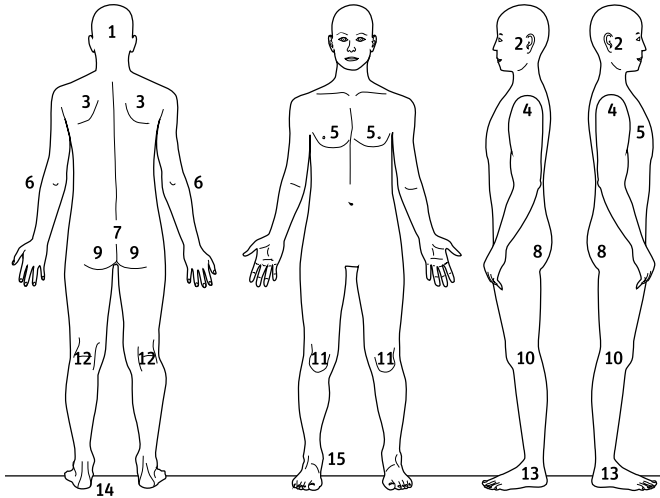
- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung die Ärztin bzw. der Arzt informiert und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

M/Info

t. n. z.

7.27 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:

- 1 Hinterkopf
- 2 Ohrmuschel
- 3 Schulterblatt
- 4 Schulter
- 5 Brustbein
- 6 Ellenbogen
- 7 Sacralbereich
- 8 großer Rollhügel
- 9 Gesäß
- 10 Knie außen
- 11 Kniescheibe
- 12 Knie innen
- 13 Knöchel außen
- 14 Fersen
- 15 Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.27:

7.27d. Kategorie/Stadium

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

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

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

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

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

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

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

M/Info	
	t. n. z.
7.28 Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	○
a. Wunde 1	
b. Wunde 2	
c. Wunde 3	

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.29 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zu Prüffrage 7.29:

Es ist zu überprüfen, ob die Behandlung der akuten Wunde entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt und dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der aktuelle Stand des Wissens ist berücksichtigt, wenn die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.

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

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.30 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.31 Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.33:

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

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.36:

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 oder
- e. die Prüferin oder der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.

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

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) bis c) erfolgt, weil die versorgte Person dies wünscht und der Leistungserbringer die versorgte Person nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) bis c) erfolgen sollte.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend die versorgte Person, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.37 Wird mit der Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht umgegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.37:

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.38 Erfolgt die Versorgung im Rahmen der pHKP sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.38:

Bei dieser Frage sind insbesondere relevant:

- die Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sowie der Behandlungsplan
- die Aufnahme bzw. Übernahme der versorgten Person
- die Durchführung der Maßnahmen
- der Umgang mit Gefährdungen und Krisensituationen
- die Information und Anleitung von An- und Zugehörigen
- die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung
- die Entwicklung von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)
- die Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Personen oder Einrichtungen

Wenn eine nicht qualifizierte Pflegefachkraft eingesetzt wird, müssen mindestens die ersten fünf Behandlungseinheiten in der Versorgung der versorgten Person vor Ort durch eine bereits qualifizierte Pflegefachkraft (§ 5 Absatz 8 Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V) begleitet worden sein. Dieses Kriterium ist bis zu sechs Monate rückwirkend zu prüfen.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.39 Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.40 Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.41:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

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

Dabei ist auch die erweiterte Versorgungsverantwortung von Pflegefachkräften gemäß § 37 Absatz 8 SGB V im Hinblick auf die Festlegung der Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen der Behandlungspflege zu beachten.

Gemäß § 2a Absatz 1 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V ist folgende Mindestqualifikation für die erweiterte Versorgungsverantwortung nach § 37 Absatz 8 SGB V notwendig:

- Pflegefachkraft mit dreijähriger Ausbildung
- mindestens zwölf Monate Berufserfahrung (hauptberuflich) innerhalb der letzten acht Jahre, davon mindestens sechs Monate in der ambulanten Pflege

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.42:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.43:

Eine Risikoeinschätzung des Leistungserbringers ist nicht Gegenstand der Bewertung. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Gegenstand aller behandlungspflegerischen Maßnahmen. Die Prüferin bzw. der Prüfer soll die Fragen jeweils bewerten, wenn nach ihrer bzw. 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.

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn aus Sicht der Prüferin bzw. des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

8 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V

Wenn in der stundenweisen Einfachversorgung mit außerklinischer Intensivpflege Leistungen der häuslichen Krankenpflege außerhalb des Leistungszeitraums der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden, erfolgt die Abrechnungsprüfung für diese Leistung hier.

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

M/Info

8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

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

M/Info								
8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?								
Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
<input type="radio"/> 11a	Interstitielle Glucosemessung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 12	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 13	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 14	Einlauf/Klistier/ Klysma und digitale Enddarmausräumung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 15	Flüssigkeitsbilanzierung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 16	Infusionen, i.v.	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 16a	Infusionen, s.c.	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 17	Inhalation	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 18	Injektionen	verordnet	<input type="radio"/> i.v.					
			<input type="radio"/> i.m.					
			<input type="radio"/> s.c.					
		genehmigt	<input type="radio"/> i.v.					
			<input type="radio"/> i.m.					
			<input type="radio"/> s.c.					
<input type="radio"/> 19	Injektionen, Richten von	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 20	Instillation	verordnet						
		genehmigt						

M/Info

8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?

Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
<input type="radio"/> 21	Kälteträger, Auflegen von	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 22	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 23	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 24a	Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 25	Magensonde, Legen und Wechseln	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 26	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	<input type="radio"/> richten					
			<input type="radio"/> verabreichen					
		genehmigt	<input type="radio"/> richten					
			<input type="radio"/> verabreichen					
<input type="radio"/> 26a	Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 27	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	verordnet						
		genehmigt						

M/Info								
8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?								
Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
<input type="radio"/> 27a	Psychiatrische häusliche Krankenpflege	verordnet	<input type="radio"/> erarbeiten					
			<input type="radio"/> durchführen					
			<input type="radio"/> entwickeln					
		genehmigt	<input type="radio"/> erarbeiten					
			<input type="radio"/> durchführen					
			<input type="radio"/> entwickeln					
<input type="radio"/> 28	Stomabehandlung	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 29	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 30	Venenkatheter, Pflege des zentralen	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 30	Wundversorgung einer akuten Wunde	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 31a	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	verordnet						
		genehmigt						
<input type="radio"/> 31b	An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	verordnet						
		genehmigt						

M/Info								
8.1 Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?								
Pos LV	Maßnahme		ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.MM.JJJJ	
				X tgl.	X wtl.	X mtl.	vom	bis
○ 31c	An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	verordnet						
		genehmigt						
○ 31d	An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung	verordnet						
		genehmigt						

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.1:

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

M/Info	
	t. n. z.
8.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="radio"/>

Geprüfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.2:

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

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn noch keine Leistungen abgerechnet worden sind.

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

- Leistung gar nicht erbracht
- Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht
- andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht
- Handzeichenliste, Beschäftigtennummer, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
- Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der An- und Zugehörigen stimmen nicht überein
- fehlende Handzeichen, Beschäftigtennummer
- sonstige Gründe, welche:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.3:

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

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

Beispielsweise Medikamentengabe dreimal täglich in Rechnung gestellt, aber nur zweimal täglich erbracht, abends übernehmen An- und Zugehörige oder die bzw. der Versicherte nimmt die Medikamente selber.

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn noch keine Leistungen abgerechnet worden sind.

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.4 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

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

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.4:

Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung sowie auf die Regelungen 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 der Wunde) und die die ärztliche Verordnung konkretisierenden ärztlichen Vorgaben (z. B. Medikamentenplan) mit den abgerechneten Leistungen übereinstimmen (z. B. Häufigkeit der Medikamentengabe).

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

Die Frage bezieht sich nur auf tatsächlich erbrachte behandlungspflegerische Maßnahmen.

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn

- noch keine Leistungen abgerechnet worden sind,
- bei Leistungen, die gar nicht erbracht worden sind.

M/Info	
	t. n. z.
8.5 Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="radio"/>

Geprüfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.5:

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

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn noch keine Leistungen abgerechnet worden sind.

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

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

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.6:

Wenn in die Qualitätsprüfung einbezogene Personen mindestens körperbezogene Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI erhalten, können aufgrund des Vorrangs der Leistungen nach § 37 Absatz 1 SGB V vor den Sachleistungen nach § 36 SGB XI in der Regel Maßnahmen nach § 37 Absatz 1, Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 An- und Zugehörigen bestehen,
- Handzeichen fehlen,
- Leistungen unter Missachtung vertraglicher Grundlagen oder der HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind,
- Leistungen parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind.

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn noch keine Leistungen abgerechnet worden sind.

M/Info

8.7 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.7:

Bei dieser Prüffrage kann die Prüferin bzw. der Prüfer sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung im Freitext geben, die sich nicht durch die vorherigen Fragen in Kapitel 8 zuordnen lassen.

9 Sonstiges

(Freitext)

10 Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragungsinstruktion

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

Die Zufriedenheitsbefragung richtet sich an die versorgte Person sowie ihre An- und Zugehörigen.

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

M/Info			
	ja	nein	k. A.
10.2 Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir an die Krankenkasse weitergeben sollen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche:

Teil 2: Außerklinische Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 SGB V

Teil 2 findet Anwendung bei Leistungserbringern mit einem Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V.

7 Behandlungspflege bei außerklinischer Intensivpflege

Der Leistungserbringer kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn die verordnende Ärztin bzw. 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 die Leistungen nach der Richtlinie Außerklinische Intensivpflege (AKI-RL) sowie auf das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Anlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung). Grundsätzlich sind bei den Fragen zu den behandlungspflegerischen Maßnahmen immer folgende Aspekte zu bewerten:

- gezielte Sammlung von Informationen, die für die Durchführung der Maßnahmen erforderlich sind
- Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens
- Auswertung der Nachweise und ggf. Information an die Ärztin bzw. 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 7 Behandlungspflege bei außerklinischer Intensivpflege:

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.15	t. n. z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
7.16	t. n. z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.17	t. n. z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.18	t. n. z.	Wird die interstitielle Glukosemessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
7.19	t. n. z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
7.20	t. n. z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?
7.21	t. n. z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
7.22	t. n. z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
7.23	t. n. z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
7.24	t. n. z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
7.25	t. n. z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
7.26	t. n. z.	Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?
7.27	t. n. z.	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
7.28	t. n. z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
7.29	t. n. z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
7.30	t. n. z.	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
7.31	t. n. z.	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?
7.33	t. n. z.	Erhält die versorgte Person mit einer ärztlich angeordneten Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
7.34	t. n. z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
7.35	t. n. z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
7.36	t. n. z.	Beschreibung vorliegender Wunden
7.37	t. n. z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)

Nr	Vorbelegung	Prüffrage
7.38	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.39	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.40	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.41	t. n. z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?
7.42	t. n. z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
7.43	t. n. z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
7.44	t. n. z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
7.45	t. n. z.	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
7.46	t. n. z.	Wird mit der Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht umgegangen?
7.47	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?
7.48	t. n. z.	Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?

M/Info			
	ja	nein	t. n. z.
7.1 Besteht eine Kooperation			<input type="radio"/>
a. mit einem Beatmungs-/Weaningzentrum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. mit einem Krankenhaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 7.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Leistungserbringer einen Kooperationsvertrag mit einem Beatmungs-/Weaningzentrum oder einem Krankenhaus 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.
7.2 Welcher Beatmungszugang liegt vor?		<input type="radio"/>
a. nicht invasive Beatmung mit Nasenmaske	<input type="radio"/>	
b. nicht invasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske	<input type="radio"/>	
c. nicht invasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske	<input type="radio"/>	
d. nicht invasive Beatmung mit Mundstück	<input type="radio"/>	
e. invasive Beatmung über eine Trachealkanüle	<input type="radio"/>	
f. sonstige	<input type="radio"/>	

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.3 Ist in einer Einfachversorgung für den verordneten Zeitraum der außerklinischen Intensivpflege ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.3:

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn in der Einfachversorgung jederzeit durch eine Pflegefachkraft eine 1:1 Versorgung gewährleistet ist.

Hier sind die Qualifikationen an die Pflegefachkräfte nach Prüffrage 3.11a (beatmete oder nicht beatmete trachealkanülierte versorgte Person) oder 3.12 (weder beatmete noch trachealkanülierte versorgte Person) zu berücksichtigen.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.4 Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten oder nicht beatmeten trachealkanülierten Personen durchführen, über eine entsprechende Zusatzqualifikation oder Berufserfahrung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.4:

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

- Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut
- Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege
- einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre
- Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie
- einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre
- Fortbildung (mindestens 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen [Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie] berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ oder „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“)

Die Frage ist auch mit „ja“ zu beantworten, wenn ausnahmsweise vorübergehend maximal eine neu eingesetzte Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 3.11 über maximal sechs Monate bei beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen in einem Pflgeteam bzw. einer Schicht eingesetzt wird. In diesen Fällen wird die Prüffrage 7.5 bewertet.

	ja	nein	t. n. z.	E.
7.5 Wenn vorübergehend neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 3.11b bei beatmeten oder nicht beatmeten trachealkanülierten Personen eingesetzt werden:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M/B				
a. Einfachversorgung: Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation in einem Pfllegeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
M/B				
b. Mehrfachversorgung: Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation in einer Schicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
M/B				
c. Einsatz max. sechs Monate ohne Zusatzqualifikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 7.5:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn keine entsprechenden Personen eingesetzt werden oder der Leistungserbringer keine beatmeten oder trachealkanülierten Personen versorgt.

7.5a Einfachversorgung: Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation in einem Pfllegeteam

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- in einer **Einfachversorgung** pro Pfllegeteam nur eine neu eingestellte Pflegefachkraft nach Prüfkriterium 3.11b eingesetzt wurde.

7.5b Mehrfachversorgung: Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation in einer Schicht

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- in einer **Mehrfachversorgung** pro Schicht nur eine Pflegefachkraft ohne einschlägige Berufserfahrung bzw. Qualifizierung eingesetzt wurde. Es ist immer mindestens eine qualifizierte Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft mit einschlägiger Berufserfahrung im Dienst.

7.5c Einsatz max. sechs Monate ohne Zusatzqualifikation

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

- in einer **Einfachversorgung** neu eingestellte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung ihren Einsatz im dritten Jahr der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann bei einem Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege absolviert haben oder der Leistungserbringer nach § 132l Absatz 5 SGB V der Träger der praktischen Ausbildung der betreffenden Pflegefachfrau oder des Pflegefachmannes war und
- die betreffenden Pflegefachkräfte innerhalb von 14 Tagen mit Aufnahme der intensivpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt wurden.
- in einer **Mehrfachversorgung** neu eingestellte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung oder Zusatzqualifikation mit Aufnahme der intensivpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt wurden.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.6 Wird bei Vorliegen von Hinweisen, die auf ein Entwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzial schließen lassen, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.6:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei einer klinischen Verbesserung, insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungspotenzial der beatmeten oder ein Dekanülierungspotenzial der nicht beatmeten trachealkanülierten Person schließen lassen, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt informiert wird. Dieser Aspekt ist ausschließlich hier zu beantworten.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.7:

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

Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn:

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

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation und bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B			
	ja	nein	E.
7.8 Wird die außerklinische Intensivpflege sachgerecht durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.8:

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, Körpergewicht, Muskulatur (in Abhängigkeit von den zugrunde liegenden Erkrankungen), durchgeführt und dokumentiert werden.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.9:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn

- die Überprüfung und Anpassung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter (z. B. 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, Sauerstoffzellen) durchgeführt werden,
- die Beatnungsmesswerte mindestens einmal pro Schicht dokumentiert sind, die aktuellen Beatmungparameter erfasst sind und 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) vorliegen (z. B. Aufkleber auf dem Beatmungsgerät, in der Pflegedokumentation),
- die Überprüfung und Dokumentation der Einsatz- und Ersatzgeräte auf Funktion und Richtigkeit der aktuellen Beatmungparameter durchgeführt werden,
- die Befeuchtung und Pflege der Mund- und Schleimhäute durchgeführt wird,
- eine Vermeidung von Druckstellen durch Trachealkanülen oder Beatmungsmasken und Beatmungsschläuche stattfindet,
- nur nach ärztlicher Anordnung (oder unter klinischer Überwachung z. B. in einem Beatmungs- oder Weaningzentrum) Veränderungen am Beatmungssystem oder der Einstellung an den folgenden Bereichen vorgenommen werden: Beatmungsgerät, Beatmungszugang, Ausatemsystem, Sauerstoffapplikationssystem, -ort und -rate, Befeuchtungssystem, Beatmungparameter,
- die Stromversorgung direkt aus einer Wandsteckdose erfolgt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.10:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- ein manueller Beatmungsbeutel (z. B. Ambu-Beutel) einschließlich einer Maske in greifbarer Nähe vorhanden ist.
- ein Akku für ein Beatmungsgerät bei einer lebenserhaltenden Beatmung und bei Personen, die sich die Maske nicht selbst entfernen können, vorhanden ist. Wenn die Spontanatmungsfähigkeit zeitlich stark reduziert ist (tägliche Beatmungszeiten > 16 Stunden), ist ein externer Akku erforderlich.
- ein zweites Beatmungsgerät vorhanden ist. Die Indikation für ein zweites Beatmungsgerät ist gegeben, wenn die tägliche Beatmungsdauer mehr als 16 Stunden beträgt. In Ausnahmefällen kann auch schon früher ein zweites Beatmungsgerät notwendig sein, z. B. bei mobilen Personen mit Verwendung des Beatmungsgerätes am Rollstuhl. Die Beatmungsgeräte sollen identisch sein.
- bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung mindestens eine Reservemaske in gleicher Größe vorhanden ist.
- für jede invasiv beatmete Person ein Absauggerät vorhanden ist. Ein netzunabhängiges Ersatzgerät ist in der Einfachversorgung notwendig. In der Mehrfachversorgung muss mindestens ein netzunabhängiges Ersatz-Absauggerät vorhanden sein.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.11:

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.
- die hygienischen Grundsätze beachtet werden, z. B. Brillen-, Schlauch- und Befeuchtungswasserwechsel (wenn in Anwendung) sachgerecht erfolgen.
- bei einer Beatmung der Sauerstoff dem Beatmungsgerät entsprechend des Geräteherstellers zugeführt wird und eine Befeuchtung entsprechend der ärztlichen Anordnung erfolgt (entweder aktive Befeuchtung oder HME-Filter).

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.12:

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 Medizinproduktebuch („Gerätehandbuch“) und die Gebrauchsanweisung vor Ort sind und
- beim eingesetzten wie auch beim Ersatzbeatmungsgerät die vom Hersteller vorgeschriebene sicherheitstechnische Kontrolle durchgeführt wurde (aktuelles Prüfsiegel).

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.13 Ist in der Mehrfachversorgung sichergestellt, dass Alarme jederzeit wahrgenommen werden und auf diese unmittelbar reagiert werden kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.13:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn sichergestellt ist, dass jederzeit unmittelbar auf Alarme und Notfallsituationen bei der versorgten Person reagiert werden kann.

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn die versorgte Person nicht in einer Mehrfachversorgung lebt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.14:

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.
7.15 Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.15:

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 Pflegepersonal.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.16.:

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

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.17:

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

Wenn die ärztliche Verordnung keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich die Ärztin bzw. der Arzt.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.18:

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

Wenn die ärztliche Verordnung keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt.

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.19:

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 Pflegepersonal.

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

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

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

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

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.26 Entspricht das Richten oder Verabreichen der Medikamente der ärztlichen Verordnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.26:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Leistungserbringer das Richten oder das Verabreichen der Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat. Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation.

Wenn die Applikationsform in der Pflegedokumentation nicht angegeben ist, dann ist regelmäßig 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 im eigenen Haushalt 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 der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.27:

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

Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation. Es ist zu überprüfen, ob die verordneten Medikamente im eigenen Haushalt 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 der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.29:

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

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 der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.30:

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 Pflegepersonal.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.31:

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 Pflegepersonal. Hinweise zur sachgerechten Durchführung einer subkutanen Infusion ergeben sich aus der Grundsatzstellungahme Essen und Trinken im Alter (MDS 2014).

M/Info	
	nein
7.32 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input type="radio"/>

ja:

- akute Schmerzen
- chronische Schmerzen

von:

- Prüferin oder Prüfer beurteilt
- Leistungserbringer übernommen

Erläuterung zur Prüffrage 7.32:

Hier nimmt die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus ihrer bzw. 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 durch eine tatsächliche oder drohende Gewebeschädigung verursacht wird. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u. a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz.“ (DNQP, 2020)⁷

“Von chronischem Schmerz spricht man, wenn dieser dauerhaft oder wiederkehrend für mindestens drei Monate vorhanden ist und die akute Warnfunktion der physiologischen Schmerzwahrnehmung fehlt.“ (DNQP, 2020)⁸

⁷ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2020). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020. Osnabrück.

⁸ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2020). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020. Osnabrück.

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 ärztlich verordnete Schmerztherapie, ist die Frage 7.33 mit „t. n. z.“ zu kreuzen. Das pflegerische Schmerzmanagement ist im Freitext unter 7.32 zu beschreiben.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.33 Erhält die versorgte Person mit einer ärztlich angeordneten Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.33:

Die Frage ist zu beantworten, wenn bei der versorgten Person Schmerzmedikamente ärztlich verordnet sind. 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 des Pflegepersonals oder der An- und Zugehörigen.

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.34:

Der Wechsel einer Trachealkanüle umfasst auch den Wechsel auf eine Sprechkanüle 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 Trachealkanülentyp und zur Trachealkanülengröße
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
- Angaben dazu, wer den Trachealkanülenwechsel durchführt
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen (je nach Herstellerangaben in der Regel alle zwei Stunden und nach Manipulation) durchgeführt und einmal pro Schicht dokumentiert werden und der Cuffdruck der ärztlichen Anordnung sowie den Herstellerangaben entspricht

Zusätzlich zur erforderlichen Reserve-Trachealkanüle in gleicher Größe muss stets eine kleinere Trachealkanüle vorliegen und im Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Trachealkanüle) das Offenhalten des Tracheostomas gewährleistet sein (z. B. mittels Trachealspreizer).

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.35:

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

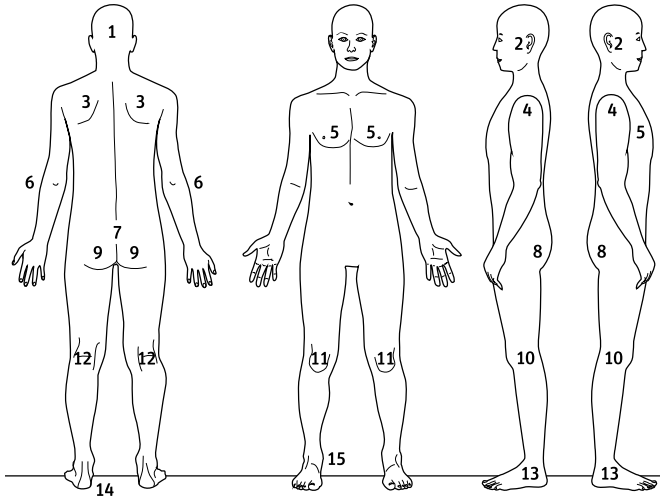
- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung der Arzt informiert und Infusion abgestellt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

M/Info

t. n. z.

7.36 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:

- 1 Hinterkopf
- 2 Ohrmuschel
- 3 Schulterblatt
- 4 Schulter
- 5 Brustbein
- 6 Ellenbogen
- 7 Sacralbereich
- 8 großer Rollhügel
- 9 Gesäß
- 10 Knie außen
- 11 Kniescheibe
- 12 Knie innen
- 13 Knöchel außen
- 14 Fersen
- 15 Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.36

7.36d Kategorie/Stadium

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

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

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

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

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

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

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

M/Info	
	t. n. z.
7.37 Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	○
a. Wunde 1	
b. Wunde 2	
c. Wunde 3	

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.38 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zu Prüffrage 7.38:

Es ist zu überprüfen, ob die Behandlung der akuten Wunde entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt und dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Der aktuelle Stand des Wissens ist berücksichtigt, wenn die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.

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

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.39 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei der akuten Wunde (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.40 Werden die Nachweise zur Behandlung der akuten Wunde (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.41:

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.
7.42 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.42:

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

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend versorgte Personen, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.45:

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 oder
- e. die Prüferin bzw. der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.

Ist der Kompressionstrumpf/-verband nicht sachgerecht oder nicht angelegt, klärt die Prüferin bzw. der Prüfer die Gründe hierfür (Pflegedokumentation, Befragung der versorgten Person oder Pflegepersonal) und entscheidet sachgerecht.

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) bis c) erfolgt, weil die versorgte Person dies wünscht und der Leistungserbringer die versorgte Person nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) bis c) erfolgen sollte.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch die Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Bei Zweifeln der Prüferin bzw. des Prüfers werden ergänzend die versorgte Person, An- und Zugehörige oder Pflegepersonal befragt.

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.46 Wird mit der Sanierung von MRSA bei kolonisierten Personen sachgerecht umgegangen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.46:

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

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

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.47 Erfolgt das An- oder Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M/B				
	ja	nein	t. n. z.	E.
7.48 Erfolgt das An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen sachgerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.49:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.50:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 7.51:

Eine Risikoeinschätzung des Leistungserbringers ist nicht Gegenstand der Bewertung. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Gegenstand aller behandlungspflegerischen Maßnahmen. Die Prüferin bzw. der Prüfer soll die Fragen jeweils bewerten, wenn nach ihrer bzw. 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.

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn aus Sicht der Prüferin bzw. des Prüfers keine Beratungsnotwendigkeit besteht.

8 Abrechnungsprüfung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V

M/Info				
8.1 Verordnete und genehmigte Leistung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V				
	verordnet	genehmigt	Zeitraum	
			vom	bis
Stunden				
Tage pro Woche			TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ

M/Info	
	t. n. z.
8.2 Die Prüfung der Abrechnungen für außerklinische Intensivpflege erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	<input type="radio"/>

Gepürfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

- Leistung gar nicht erbracht
- Leistung nicht für die verordnete/genehmigte Anzahl an Stunden pro Tag erbracht
- Leistung nicht für die verordnete/genehmigte Anzahl an Tagen pro Woche erbracht
- andere Leistungen als außerklinische Intensivpflege erbracht
- Handzeichenliste, Beschäftigtennummer, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein
- Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der An- und Zugehörigen stimmen nicht überein
- fehlende Handzeichen, Beschäftigtennummer
- sonstige Gründe, welche:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.3:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn die Leistung in der stationären Pflegeeinrichtung oder Einrichtung der Eingliederungshilfe erbracht wird (§ 37c Absatz 2 Nummer 1 und 2 SGB V).

M/Info			
	ja	nein	t. n. z.
8.4 War die oder der Versicherte während des abgerechneten Monats vollständig in der Einrichtung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.4:

t. n. z. ist anzukreuzen, wenn die Leistung in einer Wohneinheit oder im eigenen Haushalt erbracht wird (§ 37c Absatz 2 Nummer 3 und 4 SGB V).

M/B			
	ja	nein	t. n. z.
8.5 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachte außerklinische Intensivpflege vertragskonform und gemäß den AKI-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn nein:

- Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten
- Leistung war nicht erforderlich
- sonstige Gründe, welche:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage 8.5:

Bezüglich der Qualifikationsanforderungen ist bei der versorgten Person zu prüfen, ob diese vertragskonform sind.

M/Info
8.6 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

Freitext:

9 Sonstiges

(Freitext)

10 Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragungsinstruktion

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

Die Zufriedenheitsbefragung richtet sich an die versorgte Person sowie ihre An- und Zugehörigen.

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

M/Info			
	ja	nein	k. A.
10.2 Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir an die Krankenkasse weitergeben sollen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche:

Anlage 3

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes

Die Erstellung des Prüfberichtes erfolgt auf der Grundlage der QPR-HKP und AKI 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 An- und Zugehörigen. 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 An- und Zugehörigen.

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Prüfmaßstab

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

1 Angaben zur Prüfung und zum Leistungserbringer

Um die Identifikation des Prüfberichtes im Rahmen der Berichtspflicht nach § 275b Absatz 3 SGB V i. V. m. § 114a Absatz 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	Leistungserbringer häusliche Krankenpflege	= H
	Leistungserbringer außerklinische Intensivpflege	= I
	Leistungserbringer außerklinische Intensivpflege und häusliche Krankenpflege	= Z
Position 9 – 10	MD Baden-Württemberg	= 18
	MD Bayern	= 19
	MD Berlin-Brandenburg	= 01
	MD im Lande Bremen	= 03
	MD Nord	= 02
	MD Hessen	= 15
	MD Mecklenburg-Vorpommern	= 21
	MD Niedersachsen	= 12
	MD Nordrhein	= 14
	MD Rheinland-Pfalz	= 16
	MD Saarland	= 17
	MD Sachsen	= 25
	MD Sachsen-Anhalt	= 23
	MD Thüringen	= 24
	MD Westfalen-Lippe	= 13
		SMD Knappschaft
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, MD Thüringen)

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.4 werden automatisiert aus dem Erhebungsbogen in den Bericht übernommen. Die Angaben zu Teil 1 zu den Fragen 2.1 und 2.2 werden automatisiert aus dem Erhebungsbogen in den Bericht übernommen. Die Angaben zu Teil 2 zu der Frage 2.1 wird 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 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege 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 und die Ersatzkassen 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 5** (Teil 1 oder Teil 2 soweit relevant) 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 und 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: c, d.

Beispiel

Frage 4.8: Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?

Die Anforderung wurde mit 5 von 7 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- c. inhaltliche Vorgaben im Konzept
- d. Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt

Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person

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

In **Kapitel 6** werden die allgemeinen Daten für die jeweils in Augenschein genommene versorgte Person und der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters in anonymisierter Form dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 7 und 8** (Teil 1 oder Teil 2 soweit relevant) des Erhebungsbogens zur Prüfung der jeweils in Augenschein genommenen versorgten Person dargestellt.

In den **Kapiteln 7 und 8** 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 9 (sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In **Kapitel 10** wird eine Befragung der in Augenschein genommenen versorgten Personen bzw. ihrer An- und Zugehörigen zu ihrer Zufriedenheit mit dem Leistungserbringer durchgeführt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

- immer
- häufig
- gelegentlich
- nie
- keine Angaben

bzw.

- ja
- nein
- keine Angaben

Anlage 4

**Personenstichprobe bei
Leistungserbringern mit Verträgen nach
§ 132l Absatz 5 SGB V und ggf. weiteren
Verträgen nach § 132a Absatz 4 SGB V
und § 72 SGB XI**

Vertrag			Regelprüfung		Personenstichprobe
AKI	SGB XI	HKP	SGB XI	SGB V	
Ambulanter Leistungserbringer nach § 132l Abs. 5 Nummer 4 SGB V, der ausschließlich Leistungen in der Einfachversorgung erbringt	nein	nein	nein	ja	→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.
	nein	ja	nein	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Zunächst werden 4 Personen mit AKI in die Stichprobe einbezogen, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. → Anschließend werden 4 Personen einbezogen, die eine der prioritär einzubeziehenden HKP-Leistungen* erhalten. → Kann damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden Personen mit anderen HKP-Leistungen einbezogen. → Kann auch damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden keine weiteren Personen in die Prüfung einbezogen.
	ja	nein	ja	nein	/
	ja	ja	ja	nein	/
Ambulanter Leistungserbringer nach § 132l Abs. 5 Nummer 1 SGB V, der Leistungen in <u>einer</u> betreiberorganisierten Wohneinheit erbringt	nein	nein	nein	ja	→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.
	nein	ja	nein	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Zunächst werden 4 Personen mit AKI in die Stichprobe einbezogen, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. → Anschließend werden 4 Personen einbezogen, die eine der prioritär einzubeziehenden HKP-Leistungen* erhalten. → Kann damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden Personen mit anderen HKP-Leistungen einbezogen. → Kann auch damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden keine weiteren Personen in die Prüfung einbezogen.
	ja	nein	ja	ja	→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.
	ja	ja	ja	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Keine HKP-Prüfung. → 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.

Vertrag			Regelprüfung		Personenstichprobe
AKI	SGB XI	HKP	SGB XI	SGB V	
Ambulanter Leistungserbringer nach § 132l Abs. 5 Nummer 1 und 4 SGB V, der Leistungen in <u>einer betreiberorganisierten Wohneinheit und in der Einfachversorgung</u> erbringt	nein	nein	nein	ja	→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen, möglichst 4 Personen in der Wohneinheit und die übrigen Personen in der Einfachversorgung.
	nein	ja	nein	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Zunächst werden 6 Personen mit AKI in die Stichprobe einbezogen, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen, möglichst 4 Personen in der Wohneinheit und die übrigen Personen in der Einfachversorgung. → Anschließend werden 2 Personen einbezogen, die eine der prioritär einzubeziehenden HKP-Leistungen* erhalten. → Kann damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden Personen mit anderen HKP-Leistungen einbezogen. → Kann auch damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden keine weiteren Personen in die Prüfung einbezogen.
	ja	nein	ja	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Keine Prüfung in der Einfachversorgung. → 8 Personen mit AKI in der Wohneinheit, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.
	ja	ja	ja	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Keine Prüfung in der Einfachversorgung und keine HKP-Prüfung. → 8 Personen mit AKI in der Wohneinheit, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.

Vertrag			Regelprüfung		Personenstichprobe
AKI	SGB XI	HKP	SGB XI	SGB V	
<p>Ambulanter Leistungserbringer nach § 132l Abs. 5 Nummer 1 SGB V, der Leistungen in <u>mehreren</u> betriebsorganisierten Wohneinheiten erbringt</p> <p>Strukturprüfung in der Wohneinheit, in der die Personenstichprobe von 4 Personen geprüft wird</p>	nein	nein	nein	ja	<p>→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. Die übrigen 4 Personen werden aus bis zu 4 weiteren Wohneinheiten einbezogen.</p>
	nein	ja	nein	ja	<p>→ Zunächst werden 6 Personen mit AKI in die Stichprobe einbezogen, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. Die übrigen 2 Personen werden aus bis zu 2 weiteren Wohneinheiten einbezogen.</p> <p>→ Anschließend werden 2 Personen einbezogen, die eine der prioritär einzubeziehenden HKP-Leistungen* erhalten.</p> <p>→ Kann damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden Personen mit anderen HKP-Leistungen einbezogen.</p> <p>→ Kann auch damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden keine weiteren Personen in die Prüfung einbezogen.</p>
	ja	nein	ja	ja	<p>→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. Die übrigen 4 Personen werden aus bis zu 4 weiteren Wohneinheiten einbezogen.</p>
	ja	ja	ja	ja	<p>→ Keine HKP-Prüfung.</p> <p>→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. Die übrigen 4 Personen werden aus bis zu 4 weiteren Wohneinheiten einbezogen.</p>

Vertrag			Regelprüfung		Personenstichprobe
AKI	SGB XI	HKP	SGB XI	SGB V	
<p>Ambulanter Leistungserbringer nach § 132l Abs. 5 Nummer 1 und 4 SGB V, der Leistungen in <u>mehreren</u> betreiberorganisierten Wohneinheiten <u>und in der Einfachversorgung</u> erbringt</p> <p>Strukturprüfung in der Wohneinheit, in der die Personenstichprobe von 4 Personen geprüft wird</p>	nein	nein	nein	ja	<ul style="list-style-type: none"> → 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. 2 weitere Personen werden aus bis zu 2 weiteren Wohneinheiten und die übrigen 2 Personen aus der Einfachversorgung einbezogen.
	nein	ja	nein	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Zunächst werden 6 Personen mit AKI in die Stichprobe einbezogen, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. 2 weitere Personen werden aus bis zu 2 weiteren Wohneinheiten oder der Einfachversorgung einbezogen. → Anschließend werden 2 Personen einbezogen, die eine der prioritär einzubeziehenden HKP-Leistungen* erhalten. → Kann damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden Personen mit anderen HKP-Leistungen einbezogen. → Kann auch damit die Stichprobe nicht ausgeschöpft werden, werden keine weiteren Personen in die Prüfung einbezogen.
	ja	nein	ja	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Keine Prüfung in der Einfachversorgung. → 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. Die übrigen 4 Personen werden aus bis zu 4 weiteren Wohneinheiten einbezogen.
	ja	ja	ja	ja	<ul style="list-style-type: none"> → Keine Prüfung in der Einfachversorgung und keine HKP-Prüfung. → 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen. Die Stichprobe soll aus 4 Personen aus der Wohneinheit bestehen, in der die Strukturprüfung stattfindet. Die übrigen 4 Personen werden aus bis zu 4 weiteren Wohneinheiten einbezogen.

Vertrag			Regelprüfung		Personenstichprobe
AKI	SGB XI	HKP	SGB XI	SGB V	
Stationäre Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt mit einem Vertrag nach § 132l Abs. 5 Nummer 2 SGB V	ja	nein	ja	ja	→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.
Einrichtung der Eingliederungshilfe, die Leistungen nach § 43a SGB XI erbringt mit einem Vertrag nach § 132l Abs. 5 Nummer 3 SGB V	nein	nein	nein	ja	→ 8 Personen mit AKI, davon möglichst mindestens 2 invasiv beatmete Personen.

* Prioritäre (aufwändigere oder risikobehaftete) HKP-Leistungen

- Nummer 6 Absaugen
- Nummer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
- Nummer 27a psychiatrische häusliche Krankenpflege
- Nummer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
- Nummer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Medizinischer Dienst Bund (KöR)

Theodor-Althoff-Straße 47

D-45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

E-Mail: office@md-bund.de

Internet: www.md-bund.de