Medizinischer Dienst
Bund

Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste

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

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege
Teil 1a – Ambulante Pflegedienste

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

Diese Richtlinien wurden vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und 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 § 53d Absatz 3 Nummer 4 SGB XI i. V. m. §§ 114 ff. SGB XI am 19. Mai 2025 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien am 7. August 2025 genehmigt. Datum des Inkrafttretens: 1. Juli 2026

Eine Änderung der Richtlinien wurde durch den Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund im Benehmen mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates durch Beschluss vom 29. Juni 2026 im beschleunigten Verfahren gemäß Abschnitt IV der Regularien zum Erlass von Richtlinien erlassen.

Die Änderung betrifft ausschließlich die Anpassung in Ziffer 4 Absatz 2 aufgrund des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) hinsichtlich der Ankündigungsfrist von Regelprüfungen und bedurfte daher keiner Durchführung des ordentlichen Richtlinienverfahrens. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die geänderte Fassung am 27. Juli 2026 genehmigt.

Datum des Inkrafttretens der entsprechend geänderten Richtlinien: 30. Juli 2026

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

Umschlaggestaltung & Satz
fountain studio, fountainstudio.de

Juli 2026

Vorwort

Der Medizinische Dienst führt als unabhängige Beratungs- und Begutachtungsinstitution Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten durch. Er leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität pflegebedürftiger Personen. Im Mittelpunkt jeder pflegerischen Versorgung und Betreuung steht der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Lebensumständen. Mit den vorliegenden Richtlinien rücken die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person und der personenzentrierte Ansatz pflegerischen Handelns deutlich mehr als bisher in den Fokus der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten. Das Fachgespräch mit den Mitarbeitenden wird als Informationsquelle gestärkt und gewinnt an Bedeutung für die Beurteilung der individuell erbrachten Versorgungsqualität.

Hintergrund der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien ist das zweite Pflegestärkungsgesetz, mit dem die Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung grundlegend neu ausgerichtet wurde. Der Qualitätsausschuss Pflege hatte einen Forschungsauftrag zur wissenschaftlichen Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die ambulante Pflege und Betreuung vergeben. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind die Grundlage für die Ausgestaltung des neuen Systems der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege und Betreuung. Die neue Systematik folgt der neuen Prüfphilosophie der bereits implementierten Prüfinstrumente für die stationäre Pflege und die Tagespflege.

Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege umfassen die Qualitätsprüfungs-Richtlinien Teil 1a – Ambulante Pflegedienste und die Qualitätsprüfungs-Richtlinien Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste. Teil 1a bezieht sich auf die allgemeine ambulante Pflege. Zudem werden die außerklinische Intensivpflege nach § 132l SGB V sowie das spezifische Versorgungssetting der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege berücksichtigt. Teil 1b konkretisiert die Prüfgrundlagen für zugelassene ambulante Betreuungsdienste.

Mit dieser Aktualisierung wurden die Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste im beschleunigten Verfahren gemäß Abschnitt IV der Regularien zum Erlass von Richtlinien an die mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) geänderten gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Ankündigungsfrist von Regelprüfungen angepasst.

Essen im Juni 2026

Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund

Carola Engler
Stv. Vorstandsvorsitzende
Medizinischer Dienst Bund

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis **11**

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste **12**

1 Ziel der Richtlinien **13**

2 Geltungsbereich **13**

3 Prüfauftrag **14**

4 Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung **15**

5 Eignung der Prüferinnen und Prüfer **16**

6 Prüfinhalte und Umfang der Prüfung **16**

6.1 Gegenstand der Prüfung in der allgemeinen ambulanten Pflege 18

6.2 Besonderheiten bei der Prüfung außerklinischer Intensivpflege 19

6.3 Besonderheiten bei der Prüfung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege 19

7 Ablauf Besuch eines ambulanten Pflegedienstes **20**

7.1 Erfassung administrativer Angaben zur versorgten Person 21

7.2 Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der einzelnen versorgten Person (Qualitätsbereiche 1 bis 4) 22

7.3 Beurteilung einrichtungsbezogener Merkmale (Qualitätsbereich 5) 23

7.4 Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch) 23

7.5 Abschlussgespräch 24

8 Personenstichprobe bei ambulanten Pflegediensten 25

8.1 Ziehung einer Personenstichprobe in der allgemeinen ambulanten Pflege 28

8.2 Ziehung einer Personenstichprobe bei ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege erbringen 29

8.3 Ziehung einer Personenstichprobe bei ambulanten Pflegediensten, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen 32

8.4 Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen 35

9 Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung 35

10 Abrechnungsprüfung 37

11 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden 39

12 Prüfbericht 40

13 Inkrafttreten 41

Anlage 1
Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 42

Prüfung bei der versorgten Person – Allgemeine Angaben 44

Qualitätsbereich 1:
Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte 48

1.1 Aufnahmemanagement 48
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren 52
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation 55

Qualitätsbereich 2:
Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen 58

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität 61
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition 65
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation 68
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen 71
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege 75
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme 78
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung 82
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte 85
2.9 Anleitung und Beratung pflegender An- und Zugehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz 88
2.10 Anleitung und Beratung der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz 92

Qualitätsbereich 3:
Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen 96

3.1 Allgemeine ärztlich verordnete Leistungen der Behandlungspflege 96
3.1.1 Ärztlich verordnete Maßnahme: Absaugen 97
3.1.2 Ärztlich verordnete Maßnahme: Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung 100
3.1.3 Ärztlich verordnete Maßnahme: Blasenspülung 103
3.1.4 Ärztlich verordnete Maßnahme: Blutdruckmessung 106
3.1.5 Ärztlich verordnete Maßnahme: Blutzuckermessung 109
3.1.6 Ärztlich verordnete Maßnahme: interstitielle Glukosemessung 112
3.1.7 Ärztlich verordnete Maßnahme: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung 115

3.1.8 Ärztlich verordnete Maßnahme: Drainagen, Überprüfen, Versorgen 118
3.1.9 Ärztlich verordnete Maßnahme: Einlauf/Klistier/Klysma/ digitale Enddarmausräumung 121
3.1.10 Ärztlich verordnete Maßnahme: Flüssigkeitsbilanzierung 124
3.1.11 Ärztlich verordnete Maßnahme: Infusionen, i.v. 127
3.1.12 Ärztlich verordnete Maßnahme: Infusionen, s.c. 130
3.1.13 Ärztlich verordnete Maßnahme: Inhalation 133
3.1.14 Ärztlich verordnete Maßnahme: Injektionen 136
3.1.15 Ärztlich verordnete Maßnahme: Injektion, Richten von 139
3.1.16 Ärztlich verordnete Maßnahme: Instillation 142
3.1.17 Ärztlich verordnete Maßnahme: Kälteträger, Auflegen von 145
3.1.18 Ärztlich verordnete Maßnahme: Katheter, Versorgung eines suprapubischen 148
3.1.19 Ärztlich verordnete Maßnahme: Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins 151
3.1.20 Ärztlich verordnete Maßnahme: Magensonde, Legen und Wechseln 154
3.1.21 Ärztlich verordnete Maßnahme: Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) 157
3.1.22 Ärztlich verordnete Maßnahme: Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose 162
3.1.23 Ärztlich verordnete Maßnahme: Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei 165
3.1.24 Ärztlich verordnete Maßnahme: Stomabehandlung 168
3.1.25 Ärztlich verordnete Maßnahme: Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der 171
3.1.26 Ärztlich verordnete Maßnahme: Venenkatheter, Pflege des zentralen 175
3.1.27 Ärztlich verordnete Maßnahme: Wundversorgung einer akuten Wunde 178
3.1.28 Ärztlich verordnete Maßnahme: Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde 181
3.1.29 Ärztlich verordnete Maßnahme: An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen – Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes 185
3.1.30 Ärztlich verordnete Maßnahme: An- oder Ablegen von stützenden oder stabilisierenden Verbänden 188
3.1.31 Ärztlich verordnete Maßnahme: An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen 191
3.2 Außerklinische Intensivpflege 194
3.3 Psychiatrische häusliche Krankenpflege 202

Qualitätsbereich 4:
Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung 210
4.1 Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen 211
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung 214

Abrechnungsprüfung 216
A.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI 217
A.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V 226
A.3 Abrechnungsprüfung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V 236

Anlage 2
Prüfbogen B zur Beurteilung auf Einrichtungsebene zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 240

Prüfung auf Einrichtungsebene – Allgemeine Angaben 241

Qualitätsbereich 1:
Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte 245
1.1 Aufnahmemanagement 245
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren 246
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation 247

Qualitätsbereich 2:
Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen 248
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität 248
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition 249
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation 250
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen .. 251
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege 252
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme 253
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung 254
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte 255
2.9 Anleitung und Beratung pflegender An- und Zugehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz 256
2.10 Anleitung und Beratung der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz 257

Qualitätsbereich 3:
Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen 258
3.1 Allgemeine ärztlich verordnete Leistungen der Behandlungspflege 258
3.1.1 bis 3.1.31 Ärztlich verordnete Maßnahme: Eintrag Leistungsbezeichnung 259
3.2 Außerklinische Intensivpflege 260
3.3 Psychiatrische häusliche Krankenpflege 261

Qualitätsbereich 4:
Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung 262
4.1 Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen 262
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung 263

Qualitätsbereich 5:
Qualitätsmanagement und Hygiene 264
5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten 264
5.2 Hygiene 267
5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachperson 270

Anlage 3
Qualitätsbewertung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 274

1. Bewertung der personenbezogenen Versorgung in den Qualitätsbereichen 1 bis 3 275

2. Bewertung der personenbezogenen Versorgung im Qualitätsbereich 4 277

3. Bewertung der Abrechnungsprüfung 277

4. Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes 278

5. Bewertung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 5 279

Anlage 4
Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 280

Anlage 5
Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 282

Anlage 6
Struktur und Inhalte des Prüfberichtes zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 284

Anlage 7
Liste der versorgten Personen 290

Anlage 8
Personenstichprobe für die allgemeine ambulante Pflege, außerklinische Intensivpflege, psychiatrische häusliche Krankenpflege 292

Personenstichprobe für die allgemeine ambulante Pflege 293

Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege mit über 90 % 294

Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege von mehr als 50 % bis zu 90 % 295

Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege von mehr als 25 % bis zu 50 % 296

Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege bis zu 25 % 297

Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege mit über 90 % 298

Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege von mehr als 50 % bis zu 90 % 299

Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege von mehr als 25 % bis zu 50 % 300

Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege bis zu 25 % 301

Abkürzungsverzeichnis

AKI	außerklinische Intensivpflege
B	Beatmung
BMI	Body-Mass-Index
E	Erstverordnung
EV	Einfachversorgung
HKP	häusliche Krankenpflege
i.m.	intramuskulär
i.v.	intravenös
LK	Leistungskomplex
LV	Leistungsverzeichnis
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MV	Mehrfachversorgung
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
pHKP	psychiatrische häusliche Krankenpflege
PKV	Private Krankenversicherung
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
QA	Qualitätsaspekt
s.c.	subkutan
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch
t.n.z.	trifft nicht zu

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste

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

1 Ziel der Richtlinien

1. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) Teil 1a – Ambulante Pflegedienste dienen als verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität in den ambulanten Pflegediensten nach einheitlichen Kriterien.

2. Ziel dieser Richtlinien ist es, auf Grundlage der Ergebnisse des nach § 113b SGB XI durchgeführten Projektes „Entwicklung von Instrumenten zur Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung“ und damit im Zusammenhang stehender Anpassungs- und Evaluationsprojekte die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in ambulanten Pflegediensten weiter zu verbessern und zu sichern.

3. Die Prüfungen und ihre Ergebnisse können für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer genutzt werden, sie unterstützen die Pflegekassen sowie die Landesverbände der Pflegekassen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und fördern den Verbraucherschutz der Versicherten, die Leistungen der ambulanten Pflegedienste in Anspruch nehmen.

2 Geltungsbereich

1. Diese Richtlinien sind für den Medizinischen Dienst, den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD) und den PKV-Prüfdienst nach § 114a Absatz 7 SGB XI sowie für die von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 114a Absatz 1 SGB XI bestellten Sachverständigen (Prüfinstitutionen) verbindlich.

2. Für die Prüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP), der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) und der außerklinischen Intensivpflege (AKI) gelten die nachstehenden Regelungen sinngemäß.

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

3 Prüfauftrag

1. Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst und im Umfang von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge den PKV-Prüfdienst mit den Prüfungen nach § 114 Absatz 1 SGB XI, die als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen dem Medizinischen Dienst bzw. dem PKV-Prüfdienst die Prüfaufträge schriftlich. Vor der Erteilung eines Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Pflegekassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.

2. Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, die nicht von der in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien vereinbarten, zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) erfasst werden, insbesondere bei folgenden Pflegesituationen
- Freiheitsentziehende Maßnahmen,
- Dekubitus oder andere chronische Wunden,
- Ernährungsdefizite,
- Chronische Schmerzen,
- Kontrakturen,
- Person mit Anlage einer PEG-Sonde,
- Person mit Blasenkatheter

erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. Die Durchführung einer Anlassprüfung setzt voraus, dass die Prüfinstitution die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Der ambulante Pflegedienst ist hierüber zu informieren.

3. Die Prüfaufträge sind schriftlich zu erteilen. Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere anzugeben:
- Art der Prüfung,
- ob und welche Verträge nach den § 132a Absatz 4 SGB V und § 132l Absatz 5 Nummer 1 und 4 SGB V vorliegen,
- bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrundeliegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
- Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung,
- gegebenenfalls Bescheide über angeordnete Maßnahmen,
- gegebenenfalls Stellungnahmen und Unterlagen des ambulanten Pflegedienstes an die Landesverbände der Pflegekassen,
- Zeitraum der Prüfung,
- Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden, ggf. mit anderen Behörden wie z. B. Gesundheitsamt).

4. Mit dem Prüfauftrag sind der Prüfinstitution die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), Versorgungsverträge, Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI einschließlich Anlagen, Strukturdaten, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen des ambulanten Pflegedienstes an die Landesverbände der Pflegekassen sowie eventuelle Beschwerden über den zu prüfenden ambulanten Pflegedienst.

4 Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung

1. Den Qualitätsprüfungen der Prüfinstitutionen liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde. Die Qualitätsprüfungen bilden eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Der beratungsorientierte Prüfansatz ermöglicht es dem Prüfteam, bereits während der Prüfung Auffälligkeiten und Defizite zu benennen und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Der beratungsorientierte Prüfansatz findet seinen Ausdruck im Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in der Versorgung der versorgten Personen tätig sind, wobei – soweit möglich – Pflegefachpersonen einbezogen werden sollen, sowie im Abschlussgespräch mit den Leitungskräften des ambulanten Pflegedienstes. Die unmittelbare fachliche Kommunikation im Prüfverfahren hat einen hohen Stellenwert und basiert auf der stärkeren Differenzierung von Beurteilungen und der Verringerung der Bedeutung von gegenstandsunabhängigen Konzept- und Dokumentationsprüfungen. Das Fachgespräch ist eine gleichrangige Informationsquelle zu anderen Datenquellen. Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten und den Prüfinstitutionen voraus.

2. Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist der Prüfinstitution Zugang zum ambulanten Pflegedienst zu gewähren. Das Prüfteam weist sich auf Wunsch des ambulanten Pflegedienstes aus. In Abhängigkeit von der Versorgungssituation eines ambulanten Pflegedienstes kann die Prüfung auch durch eine Prüferin oder einen Prüfer durchgeführt werden, die bzw. der dann die Aufgabe des Prüfteams übernimmt. Die Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich zwei Arbeitstage zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z. B. nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden, Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfung führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigung des ambulanten Pflegedienstes. Der ambulante Pflegedienst hat dem Prüfteam auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und

Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI sowie die Verträge nach § 132a Absatz 4 oder § 132l Absatz 5 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen. Für Nachweiszwecke sind – soweit erforderlich – Kopien anzufertigen.

5 Eignung der Prüferinnen und Prüfer

1. Die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachpersonen bestehen. An die Stelle einer Pflegefachperson können andere Sachverständige, zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte oder Kinderärztinnen und Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass der zu prüfende ambulante Pflegedienst Personen versorgt, die Leistungen der AKI gemäß § 37c Absatz 1 SGB V in Anspruch nehmen, 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. Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen des ambulanten Pflegedienstes erfolgen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen. Die Prüfungen werden anhand der Anlage 1 (Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) und Anlage 2 (Prüfbogen B zur Beurteilung auf der Einrichtungsebene) durchgeführt. Diese Prüfbögen sind nach den Erläuterungen zu den Prüfbögen und Anlage 3 (Qualitätsbewertung der Qualitätsprüfung) auszufüllen. Inhalte und Umfang der Prüfung können von den Landesverbänden der Pflegekassen nicht verändert oder erweitert werden. Zur Sicherstellung bundeseinheitlicher vergleichbarer Prüfergebnisse in der Qualität der Pflege trägt die Regelprüfung einen abschließenden Charakter und kann nicht von den Pflegekassen verändert oder erweitert werden.

2. Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Absatz 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Dabei werden im Qualitätsbereich 5 die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien erneut geprüft. Nicht beanstandete Kriterien werden unverändert übernommen. Die personenbezogenen Qualitätsaspekte sind analog der Regelprüfung zu prüfen.

3. Die Prüfung umfasst auch die Abrechnung der in Rechnung gestellten Leistungen.

4. Basis der Prüfungen sind:[1]
- qualitätsrelevante Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
- abrechnungs- und vergütungsrelevante Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
- Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die ambulante Pflege,
- der aktuelle Stand des Wissens beispielsweise Expertenstandards des DNQP, Leitlinien,
- Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V und nach § 132l Absatz 1 SGB V,
- Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V,
- Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (G-BA AKI-RL),
- für die Qualitätsprüfung relevante Inhalte der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) sowie
- relevante Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

5. Die durch das Prüfteam im Einzelnen zu beurteilende Sachverhalte sind in die folgenden fünf Qualitätsbereiche untergliedert:
- Qualitätsbereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte
- Qualitätsbereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen
- Qualitätsbereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen
- Qualitätsbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung
- Qualitätsbereich 5: Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

6. Jeder der fünf Qualitätsbereiche umfasst mehrere Qualitätsaspekte, die jeweils umfassende Themen abbilden. Die Qualitätsbereiche 1 bis 4 werden mit der Anlage 1 (Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) und der Qualitätsbereich 5 mit der Anlage 2 (Prüfbogen B zur Beurteilung auf der Einrichtungsebene) erfasst. Zudem werden in der Anlage 2 die Qualitätsbereiche 1 bis 4 der einzelnen Prüfbögen A zusammengefasst.

1 Es gelten die jeweils aktuellen Fassungen.

6.1 Gegenstand der Prüfung in der allgemeinen ambulanten Pflege

1. Fällt die versorgte Person in die Stichprobe zur allgemeinen ambulanten Pflege, so sind die folgend genannten Qualitätsbereiche wie folgt einzubeziehen:

- Die im Qualitätsbereich 1 zu prüfenden Qualitätsaspekte sind unabhängig von vereinbarten Leistungen zu beurteilen.
- Im Qualitätsbereich 2 ist die Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen zu beurteilen. Die dem Qualitätsbereich 2 zugeordneten Qualitätsaspekte werden nur dann berücksichtigt bzw. beurteilt, wenn die entsprechenden Hilfen Bestandteil des Auftrags des ambulanten Pflegedienstes sind. Die verordnungsfähigen Maßnahmen der sogenannten Grundpflege (HKP-Richtlinie Nummer 1 bis 5) sind im Qualitätsbereich 2 zu bewerten (siehe Hinweise zu den Erläuterungen und der Informationserfassung unter Qualitätsbereich 2; Anlage 1, Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI).
- Im Qualitätsbereich 3 sind alle Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen (ausgenommen Palliativversorgung nach Ziffer 24a) im Einzelfall gemäß der jeweils aktuellen Fassung der HKP-Richtlinie (siehe Anlage 1, Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) zu beurteilen bzw. zu bewerten.
- Im Qualitätsbereich 4 sind alle sonstigen Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung zu prüfen. Die Beurteilung kann nicht in Form einer standardisierten Bewertung erfolgen (A-D Bewertung). Die Qualitätsaspekte werden von den Prüferinnen und Prüfer in Form eines Gesprächsangebotes aufgegriffen, wenn die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind. Es erfolgt keine Qualitätsbeurteilung. Werden durch die Prüferinnen und Prüfer Auffälligkeiten identifiziert, sind diese im jeweils zugeordneten Textfeld aufzuführen. Sie können den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes im Rahmen der Beratung erläutert werden.
- Der Qualitätsbereich 5 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte, die von allgemeiner Bedeutung für die ambulante Pflege sind.

6.2 Besonderheiten bei der Prüfung außerklinischer Intensivpflege

1. Fällt die versorgte Person in die Stichprobe zur außerklinischen Intensivpflege, so sind die folgend genannten Qualitätsbereiche wie folgt einzubeziehen:
- → Die Qualitätsbereiche 1 und 2 werden nicht gesondert bearbeitet bzw. beurteilt.
- → Im Qualitätsbereich 3 wird der Qualitätsaspekt zur AKI geprüft.
- → Der Qualitätsbereich 4 wird geprüft, weil es in diesem Qualitätsbereich keine substanziellen Abweichungen zu anderen Versorgungskonstellationen gibt.
- → Der Qualitätsbereich 5 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte, die auch in der AKI zu prüfen sind. Der Qualitätsaspekt 5.3 berücksichtigt auch Besonderheiten der AKI.

6.3 Besonderheiten bei der Prüfung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

1. Fällt die versorgte Person in die Stichprobe zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP), so sind die folgend genannten Qualitätsbereiche wie folgt einzubeziehen:
- → Die Qualitätsbereiche 1 und 4 werden nicht gesondert bearbeitet bzw. beurteilt.
- → Für den Qualitätsbereich 2 sind grundsätzlich zwei unterschiedliche Konstellationen zu berücksichtigen:
  - ↳ Sofern Qualitätsaspekte aus diesem Qualitätsbereich inhaltlich Bestandteil der im Einzelfall erbrachten pHKP sind, werden sie nicht gesondert bearbeitet, sondern sind als Teilaspekt zu bewerten.
  - ↳ Sofern in Einzelfällen neben der psychiatrischen Pflege auch vertraglich vereinbarte Leistungen nach dem SGB XI erbracht werden, sind diese Leistungen nicht Gegenstand der Beurteilung der psychiatrischen Pflege. Sie werden, wie in der allgemeinen ambulanten Pflege, gesondert beurteilt. Hierzu ist der Prüfbogen für die allgemeine ambulante Pflege zu verwenden.
- → Liegen neben einer pHKP-Verordnung weitere Verordnungen häuslicher Krankenpflege vor, und der zu prüfende ambulante Pflegedienst erbringt diese Leistungen, werden die entsprechenden Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 3 beurteilt.
- → Der Qualitätsbereich 5 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte, die auch in der pHKP zu prüfen sind.

7 Ablauf Besuch eines ambulanten Pflegedienstes

1. Nach Vorstellung des Prüfteams bei den anwesenden Verantwortlichen des ambulanten Pflegedienstes sind zu Beginn der Prüfung in einem Einführungsgespräch das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitaufwand der Prüfung darzulegen. Nach dem Einführungsgespräch erfolgt die Bestimmung von versorgten Personen, die entsprechend der Vorgaben des definierten Stichprobenverfahrens in die Prüfung einzubeziehen sind. Es können versorgte Personen der sozialen und privaten Pflegeversicherung einbezogen werden. Es werden jedoch nur versorgte Personen in die Stichprobe einbezogen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder sie HKP-Leistungen nach § 37 oder § 37c SGB V erhalten. Der konkrete Einbezug von versorgten Personen wird im Rahmen der Ziffer 8 beschrieben.

2. Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der versorgten Person oder einer vertretungsberechtigten Person voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person hat das Prüfteam 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 Personen keine Nachteile entstehen.

3. Die Einwilligung der versorgten Person nach § 114a Absatz 3a SGB XI kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung durch Inaugenscheinnahme der versorgten Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise gegenüber dem Prüfteam abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die versorgte Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer berechtigten Person einzuholen. Ist keine berechtigte Person am Ort einer 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 sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren. Die Einwilligung ist nach § 114a Absatz 2 und 3 SGB XI erforderlich für

- das Betreten der Wohnung der versorgten Person,
- die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der versorgten Person,
- die Befragung der versorgten Person, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes, der Betreuerinnen und Betreuer sowie der An- und Zugehörigen,
- die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,
- die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der versorgten Person einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

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

4. Es werden allgemeine Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst erfasst.

7.1 Erfassung administrativer Angaben zur versorgten Person

Die betreffenden Angaben dienen vorrangig zur Verwaltung des Datensatzes. Die Daten sind gemäß der Vorgabe des Erhebungsbogens für jede versorgte Person der Stichprobe zu erfassen.

7.2 Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der einzelnen versorgten Person (Qualitätsbereiche 1 bis 4)

1. Die Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Versorgung umfasst in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 die folgenden Schritte:

- Informationserfassung: Die Prüferin oder der Prüfer verschafft sich zunächst einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation der versorgten Person. Anhand verschiedener Informationsquellen wird die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen, vertraglich vereinbarte Leistungen usw. durch die Prüferin oder den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist in der Anlage 1 (Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) angegeben. Die Prüferin oder der Prüfer hat sich ein eigenes Bild zu der versorgten Person und der Pflegesituation zu machen und Angaben des ambulanten Pflegedienstes gedanklich stets daraufhin zu überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen.

- Bearbeitung der Leitfragen: Im zweiten Schritt hat die Prüferin oder der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung der Versorgung vorzunehmen. Es muss nicht zwingend jede Leitfrage zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt beantwortet werden und die Leitfragen müssen auch nicht in chronologischer Reihenfolge bearbeitet werden. Zudem sind die Leitfragen nicht abschließend. Die Feststellungen werden im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewertet. Zu den jeweiligen Leitfragen ist in der Ausfüllanleitung beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handelns in die Beurteilung einbezogen werden sollen. Bei mehreren Qualitätsaspekten finden sich vor den Leitfragen Hinweise dazu, ob die versorgte Person in die Bewertung einbezogen werden soll.

- Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten: Identifizierte Auffälligkeiten und Qualitätsdefizite werden in strukturierter Form dokumentiert und bewertet. Zu jedem Qualitätsaspekt finden sich in der Anlage 1 (Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung.

- Für alle Qualitätsaspekte in den Qualitätsbereichen 1 bis 3, die bei der jeweiligen versorgten Person geprüft werden, können mehrere Bewertungen vergeben werden (A bis D). Die Bewertungsregel für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI ergibt sich aus der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die ambulanten Pflegedienste. In den beiden Qualitätsaspekten des Qualitätsbereichs 4 werden gegebenenfalls Auffälligkeiten aufgegriffen. Eine gesonderte Informationserfassung, eine Qualitätsbewertung oder -beurteilung erfolgen nicht.

2. Die Bewertung erfolgt anhand der in der Anlage 3 dargestellten Bewertungssystematik.

7.3 Beurteilung einrichtungsbezogener Merkmale (Qualitätsbereich 5)

In einem gesonderten Abschnitt der Anlage 2 (Prüfbogen B zur Beurteilung auf der Einrichtungsebene) werden strukturelle Aspekte und allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement erfasst. Es erfolgt eine kriteriengestützte Bewertung, bei der zu beurteilen ist, ob die in der Anlage 2 (Prüfbogen B zur Beurteilung auf der Einrichtungsebene) aufgeführten Anforderungen erfüllt werden oder nicht.

7.4 Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch)

1. Die vorläufige Feststellung wichtiger Gesamtergebnisse erfolgt gemeinsam im Prüfteam ohne Anwesenheit von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes. Die Prüferinnen und Prüfer kommen zusammen und tauschen sich über ihre wichtigsten Feststellungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten aus. Zweck dieses Teamgesprächs ist:

- die Einschätzung der fachlichen Stärken des ambulanten Pflegedienstes,
- die vorläufige Einschätzung, bei welchen Qualitätsaspekten fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für die versorgte Person oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen),
- die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertreterinnen und Vertretern des ambulanten Pflegedienstes angesprochen werden sollen, insbesondere der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll.

2. Es handelt sich dabei um vorläufige Einschätzungen, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt personenbezogenen Fragen festgehalten wurden. Das Teamgespräch erfolgt unter Berücksichtigung der Anlage 4 (Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgespräches).

7.5 Abschlussgespräch

1. Im Abschlussgespräch wird der ambulante Pflegedienst über zentrale vorläufige Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die im Teamgespräch der Prüferinnen und Prüfer getroffenen vorläufigen Einschätzungen sowie die von ihnen festgelegten Themen bzw. Beratungspunkte. Es sollen die durch das Prüfteam erfassten fachlichen Stärken des ambulanten Pflegedienstes gewürdigt werden. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, gegebenenfalls festgestellte Qualitätsdefizite direkt abzustellen, Qualitätsdefiziten rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortlichkeit des ambulanten Pflegedienstes zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken.

2. Das Prüfteam stellt in zusammenfassender Form seine vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:
- → fachliche Stärken des ambulanten Pflegedienstes,
- → festgestellte Qualitätsdefizite (Defizite mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen oder mit negativen Folgen für die versorgte Person).

3. Zu diesen Punkten ist den Vertreterinnen und Vertretern des ambulanten Pflegedienstes Gelegenheit zur Kommentierung und Stellungnahme zu geben.

4. Eine fallbezogene Beratung findet in der Regel im Fachgespräch statt. Im Abschlussgespräch erfolgt eine Beratung zu den Themen, die die Prüferinnen und Prüfer im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern des ambulanten Pflegedienstes sind Möglichkeiten zu diskutieren, wie die als wesentlich identifizierten Defizite behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann.

5. Sofern der ambulante Pflegedienst abweichende Meinungen zu festgestellten Qualitätsdefiziten äußert, werden diese durch das Prüfteam schriftlich festgehalten.

6. Das Abschlussgespräch erfolgt unter Berücksichtigung der Anlage 5 (Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgespräches).

8 Personenstichprobe bei ambulanten Pflegediensten

1. Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe gilt:
Der ambulante Pflegedienst hat gemäß § 114a Absatz 3a SGB XI im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihm versorgten Personen an das Prüfteam weiterzuleiten. Zudem hat dieser eine sortierte Liste mit allen in der Versorgung befindlichen Personen, die Leistungen nach SGB XI und V erhalten, vorzulegen (ausgenommen sind Personen gemäß Ziffer 8 Absatz 2). Die Liste soll nach Ankündigung des Prüftermins erstellt und den Prüferinnen und Prüfern zu Beginn der Prüfung zum Zweck der Stichprobenziehung vorgelegt werden. In der Liste aufzuführen sind alle Personen, die vom ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Dazu gehören folgende Leistungen:

- Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen) oder
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI oder
- HKP-Leistungen nach § 37 SGB V[2] (dies betrifft auch Leistungen der pHKP gemäß Ziffer 27a HKP-Richtlinie) oder
- Leistungen der AKI nach § 37c SGB V.

2. Nicht zu berücksichtigen sind Personen, die

- ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung nach dem SGB XI,
- ausschließlich Betreuungs- oder Entlastungsleistungen nach § 45a Absatz 1 SGB XI bzw. § 45b Absatz 1 Nr. 3 SGB XI oder
- eine Kombination dieser beiden genannten Leistungen erhalten sowie
- diejenigen, bei denen der ambulante Pflegedienst ausschließlich einen Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt hat.

Sollte es aus technischen Gründen nicht möglich sein, diese nicht zu berücksichtigenden Personen aus der Liste zu entfernen, werden die betreffenden Personen per Hand durch den ambulanten Pflegedienst in der Liste durchgestrichen.

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

3. Die Liste der versorgten Personen besteht aus einer Tabelle mit fünf Spalten und beinhaltet folgende Angaben:
- → Spalte 1: Vor- und Zuname der versorgten Person
- → Spalte 2: Kontaktdaten gegebenenfalls bevollmächtigter oder betreuender Person
- → Spalte 3: Angaben zu den Merkmalsausprägungen Mobilität (Fortbewegung) und kognitive Fähigkeiten
- → Spalte 4: eine Angabe, ob und welche ärztlich verordnete, aufwändige HKP-Leistung erbracht wird, und
- → Spalte 5: Angaben zu spezialisierten ambulanten Pflegediensten (AKI, pHKP)[3]

In der Spalte 3 sind die Angaben zu den Merkmalsausprägungen „Mobilität und kognitive Fähigkeiten“ anhand einer aktuellen Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu dokumentieren (Module 1 und 2 des Begutachtungsinstruments).

Liegt bei beiden oder bei mindestens einer der beiden Merkmalsausprägungen eine „erhebliche Beeinträchtigung“ im Sinne des Begutachtungsinstruments vor, sind die drei denkbaren Varianten in Spalte 3 wie folgt als Teilgruppen A, B oder C zu kennzeichnen:
- → A: Mobilität und kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt
- → B: Mobilität beeinträchtigt und kognitive Fähigkeiten unbeeinträchtigt
- → C: Mobilität unbeeinträchtigt und kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt

Liegt kein Begutachtungsergebnis vor oder ist dieses älter als ein Jahr, nimmt der ambulante Pflegedienst selbst eine Einschätzung vor und orientiert sich hierzu an den folgenden Merkmalsausprägungen:
- → Die *Mobilität* (Fortbewegung) gilt als beeinträchtigt, wenn die versorgte Person aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen im Regelfall personelle Hilfe benötigt, um sicher eine Treppe hinauf- und hinabzusteigen und um sich innerhalb der Wohnung fortzubewegen (beide Bedingungen müssen erfüllt sein).

- → Die *kognitiven Fähigkeiten* gelten als beeinträchtigt, wenn es bei der versorgten Person täglich oder nahezu täglich zu Störungen im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen Orientierung, der örtlichen Orientierung und der Personenerkennung kommt. Von einer Beeinträchtigung ist auch dann auszugehen, wenn es nicht bei allen, sondern nur bei einem Teil der genannten kognitiven Funktionen täglich oder nahezu täglich zu Störungen kommt.

3 Siehe Anlage 7 Liste der vom Pflegedienst versorgten Personen

In der Spalte 4 sind aufwändige Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V einzutragen. Hierzu zählen folgende Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

- Ziffer 6 Absaugen
- Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts
- Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle
- Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

In der Spalte 5 sind Angaben zur Verordnung pHKP nach Ziffer 27a im Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie oder AKI nach § 37c SGB V einzutragen und kenntlich zu machen:

- AKI: Im Fall der AKI ist hier kenntlich zu machen, ob die versorgte Person beatmet („B“) wird. Ebenso ist hier anzugeben, ob die versorgte Person in der Einfachversorgung („EV“) oder Mehrfachversorgung („MV“) lebt.
- pHKP: „E“ ist bei Erstverordnung einzutragen.

Eine Erstverordnung liegt vor, wenn auf der HKP-Verordnung „Erstverordnung“ angekreuzt und das „vom-Datum“ der Verordnung weniger als vier Wochen zurückliegt.

4. Aus der Liste der versorgten Personen wird eine Zufallsauswahl von neun Personen zur Einbeziehung in die Prüfung bestimmt. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

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

5. Kann der ambulante Pflegedienst keine Liste mit den oben genannten erforderlichen Angaben zur Verfügung stellen, legt die Prüfinstitution auf Basis der vorliegenden Informationen am Prüftag unter Verwendung einer Zufallszahl zwischen eins und sechs eine Stichprobe fest.

6. Kann die erforderliche Mindestzahl der versorgten Personen trotz der unten aufgeführten Regularien nicht erreicht werden, zum Beispiel weil weniger versorgte Personen von dem ambulanten Pflegedienst versorgt werden oder nicht genügend versorgte Personen ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe erteilt haben, so hat das Prüfteam 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.

8.1 Ziehung einer Personenstichprobe in der allgemeinen ambulanten Pflege

1. Nachfolgend wird das Stichprobenverfahren bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten geregelt, die zum Zeitpunkt der Prüfung weder einen Vertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V zur Erbringung außerklinischer Intensivpflege noch einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V zur Erbringung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege haben.

2. Die Stichprobe umfasst bei allgemeinen ambulanten Pflegediensten insgesamt neun Personen und setzt sich aus folgenden Teilgruppen (A, B, C, D) zusammen:
A) Mobilität = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt: zwei Personen
B) Mobilität = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt: zwei Personen
C) Mobilität = unbeeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt: zwei Personen
D) Personen, die eine aufwändige HKP-Leistung erhalten: drei Personen

In der Teilstichprobe 1 werden in den Teilgruppen A, B und C jeweils sechs Personen aus der Liste der versorgten Personen ausgewählt, von denen jeweils zwei Personen in die Prüfung einbezogen werden. Beginnend mit der Teilgruppe A wird das Verfahren für die weiteren Teilgruppen (B und C) wiederholt. Sollte es nicht möglich sein, dass zwei Personen unter den sechs ausgewählten Personen je Teilgruppe in die Prüfung einbezogen werden, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt, auch nicht aus anderen Teilgruppen.

In der Teilstichprobe 2 werden in Teilgruppe D drei Personen bestimmt, die im oben beschriebenen Verfahren noch nicht in die Stichprobenziehung einbezogen wurden und die vom ambulanten Pflegedienst eine ärztlich verordnete, aufwändige HKP-Leistung nach § 37 SGB V (Ziffer 8 Absatz 3) erhalten. Bei diesen Personen werden ausschließlich die aufwändigen Leistungen nach § 37 SGB V geprüft. Es werden zufällig sechs Personen ausgewählt, von denen drei Personen in die Prüfung einzubeziehen sind. Sollte es (beispielsweise aufgrund einer besonderen Ausrichtung des Angebots eines ambulanten Pflegedienstes oder aufgrund fehlender Einverständniserklärung) nicht möglich sein, drei Personen mit einer aufwändigen HKP-Leistung einzubeziehen, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt, auch nicht aus anderen Teilgruppen.[4]

4 siehe Anlage 8 Personenstichprobe für die allgemeine ambulante Pflege § 114 ff. SGB XI

8.2 Ziehung einer Personenstichprobe bei ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege erbringen

1. Ambulante Pflegedienste, die AKI nach § 37c SGB V erbringen, werden in Abhängigkeit des prozentualen Anteils versorgter Personen mit AKI in vier Stichprobenarten unterteilt. Die Personenstichproben werden im Folgenden weiter ausgeführt (Ziffer 8.2 Absatz 2).

Bei der Festlegung der Stichprobenart werden alle einschließlich der in betreiberorganisierten Wohneinheiten lebenden Personen mit AKI berücksichtigt. Aus Gründen der Abgrenzung zu Prüfungen nach § 275b SGB V werden nur Personen aus der Einfachversorgung in die Stichprobe der außerklinischen Intensivpflege einbezogen, unabhängig davon ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht werden.

In die Stichprobenziehung für die allgemeine ambulante Pflege können auch Personen, die in betreiberorganisierten Wohneinheiten leben, einbezogen werden. Sofern diese in der Zufallsauswahl für die Stichprobenziehung für die allgemeine ambulante Pflege in die Prüfung einbezogen werden, sind nur vereinbarte Leistungen nach dem SGB XI zu prüfen (Qualitätsbereich 2). Bei diesen Personen wird nicht der Qualitätsaspekt 3.2 AKI bewertet.

2. Die Zusammensetzung der Stichprobe von bis zu fünf Personen mit AKI-Leistungen und weiteren Personen (insgesamt maximal neun Personen) der allgemeinen ambulanten Pflege ist vom prozentualen Anteil der Personen mit AKI-Leistungen abhängig.

Bei ambulanten Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (mehr als 90 Prozent) Personen versorgen, die AKI erhalten, besteht die Stichprobe aus fünf Personen. Unter den fünf sind, wenn möglich, mindestens zwei beatmete Personen.

Mithilfe von Zufallszahlen werden zwölf Personen mit AKI für die Stichprobenziehung ausgewählt. Die ersten fünf dieser Personen werden in die Prüfung einbezogen. Zunächst soll versucht werden, beatmete Personen in die Prüfung einzubeziehen. Falls bei einer oder mehreren der fünf ausgewählten Personen die Prüfung nicht möglich ist, werden fortfolgend weitere Personen herangezogen. Sollte es auch dann nicht möglich sein, die angestrebte Zahl von zwei beatmeten Personen einzubeziehen, wird die Stichprobe unabhängig vom Kriterium der Beatmung durch andere zufällig ausgewählte, intensivpflegerisch versorgte Personen aufgefüllt.

Sollte es nicht möglich sein, unter den insgesamt zwölf ausgewählten Personen fünf Personen mit AKI (davon möglichst zwei beatmete Personen) in die Prüfung einzubeziehen, wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

Bei ambulanten Pflegediensten, die mehrheitlich (mehr als 50 Prozent und bis zu 90 Prozent) Personen versorgen, die AKI erhalten, besteht die Stichprobe aufgrund des breiteren Spektrums der Versorgungskonstellationen aus sieben Personen, von denen mindestens zwei beatmet werden und zwei weitere keine AKI erhalten.

In der Teilstichprobe 1 werden fünf Personen mit AKI in die Stichprobe einbezogen. Die Stichprobenbildung erfolgt wie bei ambulanten Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (mehr als 90 Prozent) Personen mit AKI versorgen.

In der Teilstichprobe 2 werden mit Hilfe von Zufallszahlen sechs Personen für die Stichprobenziehung ausgewählt, die keine AKI erhalten. Die ersten zwei werden in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, dass zwei Personen ohne AKI unter den sechs ausgewählten Personen in die Prüfung einbezogen werden, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

Bei ambulanten Pflegediensten, bei denen der Anteil der mit AKI versorgten Personen bei über 25 Prozent und bis zu 50 Prozent liegt, umfasst die Stichprobe insgesamt neun Personen. Bei drei von ihnen liegt eine Verordnung über AKI vor, mindestens eine Person davon soll auch beatmet werden.

In der Teilstichprobe 1 werden jeweils für die Teilgruppenbildung (Teilgruppe A, B, C) sechs Personen, unter Ausschluss von Personen mit AKI, ausgewählt. Die Stichprobenbildung orientiert sich an der für die allgemeine ambulante Pflege (Ziffer 8.1 Absatz 2). Es werden insgesamt sechs Personen in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, dass zwei Personen ohne AKI unter den sechs ausgewählten Personen je Teilgruppe, in die Prüfung einbezogen werden, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt, auch nicht aus anderen Teilgruppen.

In der Teilstichprobe 2 werden mit Hilfe von Zufallszahlen sechs weitere Personen ausgewählt, die im bislang beschriebenen Verfahren noch nicht in die Stichprobenziehung einbezogen wurden und die vom ambulanten Pflegedienst AKI erhalten. Die ersten drei Personen werden in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, unter den sechs ausgewählten Personen, drei Personen mit AKI (davon möglichst eine beatmete Person) einzubeziehen, erfolgt keine weitere Auswahl.[5]

Bei ambulanten Pflegediensten, bei denen lediglich bis zu 25 Prozent der versorgten Personen AKI erhalten, umfasst die Stichprobe ebenfalls neun Personen, von denen mindestens eine AKI erhalten soll.

In der Teilstichprobe 1 werden jeweils für die Teilgruppenbildung (Teilgruppe A, B, C) sechs Personen, unter Ausschluss von Personen mit AKI, ausgewählt. Die Stichprobenbildung orientiert sich an der für die allgemeine ambulanten Pflege (Ziffer 8.1 Absatz 2). Es werden insgesamt sechs Personen in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, dass zwei Personen ohne AKI unter den sechs ausgewählten Personen je Teilgruppe, in die Prüfung einbezogen werden, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt, auch nicht aus anderen Teilgruppen.

In der Teilstichprobe 2 wird mit Hilfe von Zufallszahlen eine Person mit AKI für die Stichprobe ausgewählt. Die Auswahl wird so lange wiederholt, bis eine intensivpflegerisch versorgte Person einbezogen werden kann oder festgestellt wird, dass keine der so versorgten Personen einbezogen werden kann.

Zusätzlich werden zwei weitere Personen mit aufwändiger HKP-Leistung nach § 37 SGB V in die Prüfung einbezogen. Zunächst werden mit Hilfe von Zufallszahlen vier Personen für die Stichprobenziehung ausgewählt. Die ersten zwei Personen werden in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es auch dann nicht möglich sein, unter den vier ausgewählten Personen zwei Personen mit aufwändiger HKP-Leistung einzubeziehen, wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

5 Sollte unter den sechs zufällig ausgewählten Personen keine beatmete Person sein, kann keine beatmete Person in die Prüfung einbezogen werden.

8.3 Ziehung einer Personenstichprobe bei ambulanten Pflegediensten, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen

1. Ambulante Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) erbringen, werden in Anhängigkeit des prozentualen Anteils versorgter Personen mit pHKP in vier Stichprobenarten unterteilt. Die Personenstichproben werden im Folgenden weiter ausgeführt (Ziffer 8.3 Absatz 3).

2. Verweist die Zufallszahl auf eine Person, bei der es sich um eine Erstverordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege handelt, wird die nächstfolgende Person eingeschlossen, für die eine pHKP-Verordnung vorliegt.

3. Die Zusammensetzung der Stichprobe von bis zu fünf Personen mit pHKP-Leistungen und weiteren Personen (insgesamt maximal neun Personen) der allgemeinen ambulanten Pflege ist vom prozentualen Anteil der Personen mit pHKP-Leistungen abhängig.

Bei ambulanten Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (mehr als 90 Prozent) Personen mit pHKP versorgen, besteht die Stichprobe aus fünf Personen mit pHKP (ohne Erstverordnung).

Mithilfe von Zufallszahlen werden zwölf Personen mit pHKP (ohne Erstverordnung) für die Stichprobe ausgewählt. Die ersten fünf dieser Personen werden in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, unter den insgesamt zwölf ausgewählten Personen, fünf Personen mit pHKP (ohne Erstverordnung) einzubeziehen, wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

Bei ambulanten Pflegediensten, die mehrheitlich (über 50 Prozent und bis zu 90 Prozent) Personen mit pHKP versorgen, besteht die Stichprobe aufgrund des breiteren Versorgungsspektrums aus sieben Personen.

In der Teilstichprobe 1 werden fünf Personen mit einer Verordnung pHKP (ohne Erstverordnung) in die Stichprobe einbezogen. Die Stichprobenbildung erfolgt, wie bei ambulanten Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (mehr als 90 Prozent) Personen mit pHKP (ohne Erstverordnung) versorgen.

In der Teilstichprobe 2 werden mit Hilfe von Zufallszahlen sechs Personen für die Stichprobe ausgewählt, die keine pHKP erhalten. Die ersten zwei werden in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, dass zwei Personen ohne pHKP unter den sechs ausgewählten Personen in die Prüfung einbezogen werden, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

Bei ambulanten Pflegediensten, bei denen der Anteil der mit pHKP versorgten Personen bei über 25 Prozent bis zu 50 Prozent liegt, umfasst die Stichprobe insgesamt neun Personen, von denen bei drei Personen eine Verordnung für pHKP (ohne Erstverordnung) vorliegen soll.

In der Teilstichprobe 1 werden für die Teilgruppenbildung (Teilgruppe A, B, C) jeweils sechs Personen, unter Ausschluss von Personen mit pHKP, ausgewählt. Die Stichprobenbildung orientiert sich an der für die allgemeine ambulanten Pflege (Ziffer 8.1 Absatz 2). Es werden insgesamt sechs Personen in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen. Sollte es nicht möglich sein, dass zwei Personen ohne pHKP unter den sechs ausgewählten Personen je Teilgruppe einbezogen werden können, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt, auch nicht aus anderen Teilgruppen.

In der Teilstichprobe 2 werden mit Hilfe von Zufallszahlen sechs weitere Personen ausgewählt, die im bislang beschriebenen Verfahren noch nicht in die Stichprobenziehung einbezogen wurden und die vom ambulanten Pflegedienst pHKP (ohne Erstverordnung) erhalten. Die ersten drei Personen werden in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, unter den sechs ausgewählten Personen drei Personen mit pHKP (ohne Erstverordnung) einzubeziehen, wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

Sollte es nicht möglich sein, auf diesem Weg drei Personen mit einer pHKP-Verordnung (ohne Erstverordnung) einzubeziehen, werden drei weitere Personen mit einer Verordnung besonders aufwändiger HKP-Leistungen nach § 37 SGB V (Ziffer 6, 8, 29 oder 31a der HKP-Richtlinie) ausgewählt. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, unter den drei ausgewählten Personen drei Personen mit einer aufwändigen HKP-Leistung einzubeziehen, wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

Bei ambulanten Pflegediensten, bei denen bis zu 25 Prozent der versorgten Personen pHKP erhalten, umfasst die Stichprobe ebenfalls neun Personen, von denen mindestens eine Person pHKP (ohne Erstverordnung) erhalten soll.

In der Teilstichprobe 1 werden für die Teilgruppenbildung (Teilgruppe A, B, C) jeweils sechs Personen, unter Ausschluss von Personen mit pHKP, ausgewählt. Die Stichprobenbildung orientiert sich an der für die allgemeine ambulanten Pflege (Ziffer 8.1 Absatz 2). Es werden insgesamt sechs Personen in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es nicht möglich sein, dass zwei Personen ohne pHKP unter den sechs ausgewählten Personen je Teilgruppe einbezogen werden, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt, auch nicht aus anderen Teilgruppen.

In der Teilstichprobe 2 wird mit Hilfe von Zufallszahlen eine Person mit pHKP (ohne Erstverordnung) für die Stichprobe ausgewählt. Dieses Auswahlverfahren wird so lange wiederholt, bis eine Person mit pHKP (ohne Erstverordnung) einbezogen werden kann oder festgestellt wird, dass keine der so versorgten Personen einbezogen werden kann.

Zusätzlich werden zwei weitere Personen mit aufwändigen HKP-Leistungen in die Prüfung einbezogen. Zunächst werden mit Hilfe von Zufallszahlen vier Personen für die Stichprobe ausgewählt. Die ersten zwei Personen werden in die Prüfung einbezogen. Falls es nicht möglich ist, eine dieser ausgewählten Personen in die Prüfung einzubeziehen, werden die nächste und übernächste fortfolgend als Ersatz herangezogen.

Sollte es auch dann nicht möglich sein, unter den vier ausgewählten Personen zwei Personen mit einer aufwändigen HKP-Leistung einzubeziehen, wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt.

8.4 Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen

1. Das Stichprobenverfahren bei Anlass- bzw. Wiederholungsprüfungen wird grundsätzlich analog zum Verfahren für die Regelprüfung durchgeführt.

2. Bei Anlassprüfungen kann der Anlass oder der bemängelte Qualitätsaspekt in die Stichprobe aufgenommen werden, indem vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen wird. Bezieht sich eine Beschwerde auf eine versorgte Person, ist diese nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen.

Bei Bedarf kann die für das jeweilige Setting reguläre Stichprobe bei Anlassprüfungen ergänzt werden. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung beispielsweise weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann dies zu einer Ergänzung der Stichprobe führen. Nach § 115 Absatz 1a SGB XI bilden bei Anlassprüfungen die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Personen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.

3. Bei Wiederholungsprüfungen kann vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen werden, um die den nach § 115 Absatz 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen zugrundeliegenden Qualitätsaspekte in der Stichprobe berücksichtigen zu können.

9 Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung

1. Bei der Durchführung der Prüfung nutzen die Prüferinnen und Prüfer die folgenden Informationsquellen:

- das Gespräch mit und die Inaugenscheinnahme der versorgten Person
- das Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes
- die Pflegedokumentation und weitere verfügbare Unterlagen
- das Gespräch mit den An- und Zugehörigen oder anderen primären Bezugspersonen, die bei der Prüfung anwesend sind
- Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen
- gesonderte Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des Qualitätsmanagements oder zur Vorbereitung der Durchführung der Prüfung erstellt hat

Die Prüferinnen und Prüfer entscheiden nach eigenem Ermessen, welche Informationsquellen in welcher Reihenfolge zur Bearbeitung genutzt werden. Vorgaben zur Einhaltung einer festen Reihenfolge oder eine unterschiedliche Wertigkeit existieren nicht.

2. Auskünfte des ambulanten Pflegedienstes und fachlich plausible, nachvollziehbare Angaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Verhältnis zur schriftlichen Dokumentation nicht als nachgeordnet zu betrachten. Die Prüferin oder der Prüfer entscheidet in Abhängigkeit von den näheren Umständen im Einzelfall, inwieweit Feststellungen, die keine Hinweise auf Qualitätsdefizite umfassen, durch die Nutzung weiterer Informationsquellen zu verifizieren sind. Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden.

3. Liegen der Prüferin oder dem Prüfer Hinweise auf ein Qualitätsdefizit vor, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen, dass ein Defizit vorliegt.

4. Die individuelle Maßnahmenplanung muss unter Berücksichtigung notwendiger, geplanter Hilfen in jedem Fall schriftlich dokumentiert sein. Fehlt die individuelle Maßnahmenplanung ganz, besteht für die versorgte Person das Risiko einer nicht bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung, daher ist dies ohne Verifizierung durch eine zweite Informationsquelle als Defizit und nicht als Auffälligkeit zu werten. Ausnahmen davon sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten in den Prüfbögen oder den Ausfüllhinweisen aufgeführt.

Wenn die individuelle Maßnahmenplanung lückenhaft ist, sich aber aus weiteren Informationsquellen (sofern vorhanden) ergibt, dass die Maßnahmen bedarfs- und bedürfnisgerecht vollständig durchgeführt werden, liegt eine Auffälligkeit vor. Die Bewertung der Informationsquellen stellt hierbei keine Abkehr von grundlegenden Dokumentationsanforderungen dar.

Sollten außer der Pflegedokumentation keine weiteren Informationsquellen zur Verfügung stehen, ist die Bewertung anhand dieser vorzunehmen. Maßnahmen, die nicht Teil des Auftrags des ambulanten Pflegedienstes sind, müssen auch nicht in der individuellen Maßnahmenplanung aufgeführt werden. Gleiches gilt für nicht planbare Maßnahmen.

5. Dem Fachgespräch mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes, die oder der über die jeweilige versorgte Person differenziert Auskunft geben kann, kommt ein hoher Stellenwert zu. Soweit nicht anders vermerkt, hat die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass mündliche Schilderungen fachlich nachvollziehbar sind und ein in sich stimmiges Bild ergeben. Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder in Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind ebenso wenig nutzbar wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.

6. Sind während des Besuches in dem ambulanten Pflegedienst keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügbar, die über die jeweilige versorgte Person differenziert Auskunft geben können, ist das Prüfteam gehalten, sich die erforderlichen Informationen aus anderen Quellen zu beschaffen. Ansonsten nutzen die Prüferinnen oder Prüfer das Fachgespräch als Informationsquelle und ermutigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, das Gespräch mit der Prüferin oder dem Prüfer ebenfalls als Medium der Informationsübermittlung zu nutzen.

10 Abrechnungsprüfung

1. Es werden in Rechnung gestellte Leistungen nach Ziffer 8 Absatz 1 dieser Richtlinien in die Abrechnungsprüfung einbezogen.

2. Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zwei Feiertagen. Die Prüferin oder Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes bzw. zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen. Stellen die Prüfinstitutionen im Rahmen einer Qualitätsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest, kann die Regelprüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung umgewandelt werden.

3. Die Abrechnungsprüfung erfolgt bei der Personenstichprobe gemäß Ziffer 8 Absatz 1 und Ziffer 8.4 dieser Richtlinien. Wenn für privat versicherte Pflegebedürftige keine entsprechenden Vertragsunterlagen zur Verfügung stehen, ist bei diesen Personen eine Prüfung der vertragskonformen Abrechnung der Leistungen nicht möglich.

4. Bewertungsmaßstab der Abrechnungsprüfung sind insbesondere die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI einschließlich Anlagen, die aktuell geltenden Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI sowie die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V und § 132l Absatz 5 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen. Darüber hinaus sind die HKP-Richtlinie und die AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses heranzuziehen. Die Vergütungsvereinbarungen bzw. Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V und §132l Absatz 5 SGB V sind vom ambulanten Pflegedienst bereit zu halten.

- → Unterlagen, die zur Abrechnungsprüfung eingesehen werden, sind insbesondere Pflegeverträge, Kostenvoranschläge, 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, Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V oder nach § 37c SGB V.
- → Liegen die entsprechenden Unterlagen nicht vor, ist die Abrechnungsprüfung dennoch so weit wie möglich durchzuführen. Im Prüfbericht ist zu vermerken, welche Gründe hierfür vorlagen. Die Feststellungen zur Abrechnungsprüfung sind im Erhebungsbogen der Anlage 1 zu Teil 1a der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 1 zu Teil 1a der QPR auszufüllen. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnung werden Kopien der relevanten Unterlagen angefertigt.

11 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

1. Sofern der zu prüfende Leistungserbringer einer heimrechtlichen Aufsicht unterliegt, gelten die folgenden Regelungen zur Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden.

2. Die Landesverbände der Pflegekassen und die Prüfinstitutionen arbeiten gemäß § 117 SGB XI mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung von Leistungserbringern, die einer heimrechtlichen Aufsicht unterliegen, eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem SGB XI und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch

- regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
- Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Leistungserbringern oder
- Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen und Doppelprüfungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Nach § 114 Absatz 3 SGB XI haben die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden.

3. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang von Regelprüfungen mit dem Prüfauftrag in angemessener Weise zu verringern, wenn

- die Prüfungen einer nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nicht länger als neun Monate zurückliegen,
- die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
- die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI gewährleistet ist.

Der Leistungserbringer kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

An einer gemeinsamen Prüfung mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligt sich die Prüfinstitution aufgrund eines Auftrages durch die Landesverbände der Pflegekassen. Angezeigt ist die Beteiligung, wenn der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde konkrete Erkenntnisse über Defizite in der Pflegequalität vorliegen. Regelhafte Begehungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und der Prüfinstitution sollen soweit als möglich miteinander abgestimmt und gemeinsam durchgeführt werden.

4. Die Prüfinstitution informiert die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde und die Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich über Erkenntnisse aus den Prüfungen, soweit diese zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. Dies ist insbesondere gegeben

- bei einer akuten Gefährdung durch Pflegedefizite (z. B. Exsikkose, Mangelernährung, Dekubitalulcera),
- bei nicht gerechtfertigten freiheitsentziehenden Maßnahmen,
- wenn eine vertraglich vereinbarte permanente Anwesenheit einer Pflegefachperson nicht gewährleistet ist.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie die Prüfdienste verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.

12 Prüfbericht

1. Die Prüfinstitution erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Qualitätsprüfung enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die konkreten Empfehlungen der Prüfinstitution zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet und versendet diesen an die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI), an die betroffene Einrichtung und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Die Prüfinstitution versendet den Prüfbericht auch an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde. Die Prüfinstitution stellt den Landesverbänden der Pflegekassen gleichzeitig die nach der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a SGB XI für eine Veröffentlichung erforderlichen Daten zur Verfügung.

2. Stellt die Prüfinstitution schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt sie unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI).

3. Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für ambulante Pflegedienste ergibt sich aus Anlage 6 (Struktur und Inhalte des Prüfberichtes).

4. Ein umfassendes Bild über die Qualität der Einrichtung 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. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung wird der Prüfbericht auch an die Pflegekasse versendet, bei der die betreffende Person versichert ist. Dabei wird gegenüber der betroffenen Pflegekasse in einem gesonderten Dokument offengelegt, bei welcher Person (Name, Vorname, Geburtsdatum) Auffälligkeiten festgestellt worden sind. Der betroffenen Pflegekasse werden zur Beweissicherung Kopien abrechnungsrelevanter Unterlagen als Anlage zum Prüfbericht zugeleitet.

13 Inkrafttreten

Diese Richtlinien werden nach ihrer Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht (md-bund.de) und treten am 1. Juli 2026 in Kraft.

Mit dem Inkrafttreten dieser Richtlinien tritt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung und den Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 114 ff. SGB XI in der Fassung vom 1. Januar 2021 außer Kraft.

Anlage 1

Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

Hinweise zu den Erläuterungen und der Informationserfassung

Die vorliegenden Erläuterungen enthalten Hinweise für die Prüferin oder den Prüfer, die sie oder ihn darin unterstützen sollen, die Prüfbögen für ambulante Pflegedienste entsprechend der vorliegenden Regularien für das Prüfverfahren auszufüllen.

Mit der Informationserfassung verschafft sich die Prüferin oder der Prüfer zunächst einen Überblick über den Bedarf und die Versorgungssituation der versorgten Person. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen usw. durch die Prüferin oder den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass die Prüferin oder der Prüfer nicht jedes Detail dokumentieren muss, das beobachtet wird. Vielmehr geht es darum, *charakteristische Merkmale der Versorgungssituation und des individuellen Bedarfs* festzuhalten.

Eine differenzierte Beschreibung von Defiziten und die damit verbundene Qualitätsbewertung werden unter der Bewertung der Leitfragen vorgenommen.

Bei einzelnen Qualitätsaspekten sind beispielhafte Hinweise zur Bewertung aufgeführt. Diese sind nicht abschließend zu betrachten, sondern dienen als Hilfestellung zur Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspektes.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zu den Feststellungen der jeweiligen Qualitätsaspekte werden als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ als Freitext formuliert.

Prüfung bei der versorgten Person – Allgemeine Angaben

A.	Angaben zur Prüfung	
1.	Auftragsnummer	
2.	Datum	
3.	Uhrzeit	
4.	Nummer Prüfbogen A	

B.	Angaben zur versorgten Person		ja	nein
1.	Name			
2.	Pflegekasse			
3.	Krankenkasse			
4.	Geburtsdatum			
5.	Alter in Jahren			
6.	Beginn der Versorgung (MM/JJJJ)			
7.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des ambulanten Pflegedienstes			
8.	Werden Leistungen nach dem SGB XI erbracht?		○	○
9.	Werden Leistungen nach § 37 SGB V erbracht?		○	○
	Wird die Leistung psychiatrische häusliche Krankenpflege erbracht?		○	○
	Liegen bei der versorgten Person, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhält, weitere Verordnungen über Leistungen nach § 37 SGB V vor?		○	○

B.	Angaben zur versorgten Person						ja	nein
10.	Werden Leistungen nach § 37c SGB V erbracht?							○
	○ mit Beatmung	○ ohne Beatmung						
	Findet die Versorgung in betreiberorganisierten Wohneinheiten statt?						○	○
	Werden bei stundenweiser Einfachversorgung nach § 37c SGB V außerhalb des Leistungszeitraums Leistungen nach § 37 SGB V erbracht?						○	○
11.	Pflegegrad							
	○ kein Pflegegrad	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5		
12.	versorgte Person ○ aus Teilgruppe A (Mobilität = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt) ○ aus Teilgruppe B (Mobilität = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt) ○ aus Teilgruppe C (Mobilität = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt) ○ aus Teilgruppe D (Aufwändige HKP-Leistung)							
13.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)						○	○
14.	Vorhandene Unterlagen:							

C. Ankreuz-option	Verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege – Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und Behandlungspflege laut Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) (auch als Unterstützungspflege nach § 2c der HKP-Richtlinie)	Qualitäts-aspekt (QA)
○	1. Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	2.9 oder 2.10
○	2. Ausscheidungen	2.7
○	3. Ernährung	2.6
○	4. Körperpflege	2.5
○	5. Hauswirtschaftliche Versorgung (wird im Rahmen der Qualitätsprüfung nicht beurteilt)	/
○	6. Absaugen	3.1.1
○	7. Anleitung bei der Behandlungspflege	2.9 oder 2.10
○	8. Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	3.1.2
○	9. Blasenspülung	3.1.3
○	10. Blutdruckmessung	3.1.4
○	11. Blutzuckermessung	3.1.5
○	11a. Interstitielle Glukosemessung	3.1.6
○	12. Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	3.1.7
○	13. Drainagen, Überprüfen, Versorgen	3.1.8
○	14. Einlauf/Klistier/Klysma/digitale Enddarmausräumung	3.1.9
○	15. Flüssigkeitsbilanzierung	3.1.10
○	16. Infusionen, i.v.	3.1.11
○	16a. Infusionen, s.c.	3.1.12
○	17. Inhalation	3.1.13
○	18. Injektionen	3.1.14
○	19. Injektion, Richten von	3.1.15
○	20. Instillation	3.1.16
○	21. Kälteträger, Auflegen von	3.1.17
○	22. Katheter, Versorgung eines suprapubischen	3.1.18
○	23. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	3.1.19
○	25. Magensonde, Legen und Wechseln	3.1.20
○	26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	3.1.21
○	26a. Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	3.1.22

C. Ankreuz-option	Verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege – Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und Behandlungspflege laut Leistungsverzeichnis der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) (auch als Unterstützungspflege nach § 2c der HKP-Richtlinie)	Qualitäts-aspekt (QA)
○	27. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	2.6 oder 3.1.23
○	27a. Psychiatrische häusliche Krankenpflege	3.3
○	28. Stomabehandlung	3.1.24
○	29. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	3.1.25
○	30. Venenkatheter, Pflege des zentralen	3.1.26
○	31. Wundversorgung einer akuten Wunde	3.1.27
○	31a. Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	3.1.28
○	31b. An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	3.1.29
○	31c. An- oder Ablegen von stützenden oder stabilisierenden Verbänden	3.1.30
○	31d. An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen	3.1.31

D. Ankreuz-option	Verordnungsfähige Maßnahme nach § 37c SGB V	Qualitäts-aspekt (QA)
○	Außerklinische Intensivpflege	3.2

E.	Anwesende Personen
1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes:
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):

Qualitätsbereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

1.1 Aufnahmemanagement

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass zu Beginn der Zusammenarbeit mit der versorgten Person sowie bei der Wiederaufnahme oder Übernahme aus dem Krankenhaus oder anderer Versorgungseinrichtungen die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation erhoben und bei der Durchführung der Pflege genutzt werden.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten sechs Monate neu aufgenommen wurde oder in diesem Zeitraum in einem Krankenhaus stationär behandelt wurde. Bei geplanten Krankenhausaufenthalten mit maximal zwei Tagen Verweildauer ohne chirurgischen Eingriff, ist die Frage nicht zu beantworten.

◯ entfällt

Informationserfassung

Aufnahmedatum: *[Datum]*

Innerhalb der letzten sechs Monate:
1. Krankenhausaufenthalt von ⌊____ bis ⌊____, Grund: *[Freitext]*
2. Krankenhausaufenthalt von ⌊____ bis ⌊____, Grund: *[Freitext]*
3. Krankenhausaufenthalt von ⌊____ bis ⌊____, Grund: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen und Übernahmen durchführt. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei versorgten Personen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu oder wieder vom ambulanten Pflegedienst aufgenommen wurden.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
Dieser Qualitätsaspekt bezieht sich auf die Informationssammlung durch den ambulanten Pflegedienst zu Beginn oder Wiederbeginn der Versorgung. Unabhängig von Art und Umfang der vereinbarten Leistungen sind Informationen zum Ausmaß der individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen der versorgten Person sowie zu vorliegenden ärztlichen Diagnosen erforderlich.

Leitfragen

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?

2. Wurde(n) die versorgte Person bzw. ihre An-und Zugehörigen[6] zu ihrer Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?

3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z. B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?

6 Unter An- und Zugehörige sind auch Bevollmächtigte zu verstehen.

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?**
   Es ist zu prüfen, ob ein strukturiertes Vorgehen angewandt wird, mit dem die wesentlichen Informationen der Pflegesituation erfasst werden können. Dieses Vorgehen kann sich an den Prinzipien des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation orientieren, ebenso jedoch auf anderen Systematisierungsansätzen zur Gestaltung des Pflegeprozesses basieren (z. B. an Lebensaktivitäten orientierten Modellen).

2. **Wurde(n) die versorgte Person bzw. ihre An- und Zugehörigen zu ihrer Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die versorgte Person die Gelegenheit hatte, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und auf individuelle Aspekte ihrer Pflegesituation hinzuweisen. Zudem geht es darum, ob ihre Perspektive bei der Planung von Maßnahmen berücksichtigt wurde.

3. **Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z. B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?**
   Angesprochen sind mit dieser Frage Informationen über verfügbare medizinische Diagnosen, den Medikamentenplan, Konsequenzen aus Krankenhausbehandlungen sowie Leistungen und Maßnahmen anderer Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienstleistungen, soweit sie von Relevanz für den Pflegeprozess im entsprechenden Haushalt sind.

In der Gesamtbetrachtung der drei Leitfragen sollte deutlich werden, dass die wesentlichen Informationen für die Durchführung des Pflegeprozesses erfasst wurden und Eingang in die Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der versorgten Person gefunden haben.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation einzelne Informationen über die (damalige) gesundheitliche Situation fehlen, aber nachvollzogen werden kann, dass auf Bedarf und Bedürfnisse der versorgten Person angemessen reagiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn im Rahmen der Erstaufnahme oder Übernahme wichtige Informationen (z. B. zu Krankheitsverläufen, funktionellen Beeinträchtigungen oder bestehenden Pflegeproblemen), die für die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen relevant sind, nicht erfasst wurden und auch keinen Eingang in die Maßnahmen- bzw. Versorgungsplanung fanden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn
- → durch ein unzureichendes Aufnahmemanagement wichtige Informationen mit Relevanz für die Pflege- bzw. Versorgungssituation nicht erfasst wurden und es dadurch zu einer Diskontinuität der medikamentösen Versorgung oder Unterstützung bei der Ernährung kam.
- → vereinbarte Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt wurden.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst trägt im Rahmen seiner Möglichkeiten und der mit der versorgten Person bestehenden Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren bei.

◯ entfällt

Informationserfassung

Offenkundig vorhandene Risiken und Gefahren: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der ambulante Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für die versorgte Person erkannt und darauf reagiert hat. Relevant sind hierbei gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte und umgebungsbedingte Risiken und Gefahren. Sofern Risiken und Gefahren vorliegen, ist zu prüfen, ob im Rahmen der Möglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes Aktivitäten zur Prävention dieser Risiken und Gefahren vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Leitfragen

1. Hat der ambulante Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?

2. Wurden vorliegende Risiken und Gefahren bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?

3. Wurden der versorgten Person bzw. den An- und Zugehörigen bestehende Risiken und Gefahren aufgezeigt?

4. Wurde bei festgestellten bestehenden Risiken und Gefahren die versorgte Person und bzw. ihre An- und Zugehörigen dazu beraten?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Hat der ambulante Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?**
   Durch die regelmäßige Präsenz in der häuslichen Umgebung, durch die Kommunikation mit der versorgten Person und ihren An- und Zugehörigen, durch Beobachtungen während der Durchführung der Pflege und schließlich auch durch die Informationserfassung, die zur Durchführung der vereinbarten Leistungen erforderlich sind, erhalten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes Kenntnis darüber, ob und gegebenenfalls welche Risiken und Gefahren in einer Pflegesituation vorhanden sind. Die Frage zielt dementsprechend auf **offenkundige** Risiken und Gefahren, d. h. auf Sachverhalte, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen. Gemeint sind also Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation der versorgten Person ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.
   Zu den gesundheitsbedingten Risiken gehören Aspekte, die sich durch vorliegende Erkrankungen ergeben, Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens, ein auffälliger Hautzustand sowie kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können spezifische Risiken nach sich ziehen (wie z. B. Sturzgefahr, Gefahr der Entstehung eines Dekubitus oder Ernährungsprobleme).
   Zu den verhaltensbedingten Risiken zählen oftmals durch psychische Problemlagen hervorgerufene Verhaltensweisen mit daraus resultierenden Risiken.
   Mit umgebungsbedingten Risiken sind mögliche Gegebenheiten in der Wohnumgebung der versorgten Person angesprochen.

2. **Wurden vorliegende Risiken und Gefahren bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?**
   Um die angesprochenen Risiken (z. B. ein hohes Sturzrisiko) bei der Durchführung der Pflege zu berücksichtigen, kann eine Anpassung der Maßnahmenplanung zu den vereinbarten Leistungen erforderlich sein.

3. **Wurden der versorgten Person bzw. den An- und Zugehörigen bestehende Risiken und Gefahren aufgezeigt?**
   Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen der versorgten Person bzw. den An- und Zugehörigen und dem ambulanten Pflegedienst über bestehende Risiken und Gefahren stattgefunden hat.

4. **Wurde bei festgestellten bestehenden Risiken und Gefahren die versorgte Person bzw. ihre An- und Zughörigen dazu beraten?**
   Im Falle vorliegender Risiken und Gefahren sollten die versorgte Person bzw. ihre An- und Zugehörigen über die Risiken und Gefahren aufgeklärt und zu ihrer Vermeidung beraten werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten
Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der ambulante Pflegedienst bestehende Risiken erkannt und entsprechend informiert und beraten hat, die versorgte Person bzw. ihre An- und Zugehörigen daraus jedoch keine Konsequenzen gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise in der Pflegedokumentation bestehende gesundheits-, verhaltens- oder umgebungsbedingte Risiken und Gefahren unvollständig dargestellt werden, der ambulante Pflegedienst jedoch die versorgte Person bzw. ihre An- und Zugehörigen zu den bestehenden Risiken beraten und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn der ambulante Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren nicht erkannt und somit auch nicht berücksichtigt hat.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn Risiken und Gefahren unberücksichtigt blieben und es beispielsweise aufgrund dessen zu einem vermeidbaren Sturzereignis kam.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst erfasst Hinweise auf eine Destabilisierung der Versorgungssituation und leitet im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen zur Abwendung einer solchen Destabilisierung ein.

◯ entfällt

Informationserfassung

Anzeichen für physische oder psychische Überforderung oder abnehmende Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen und weiteren Helfenden bzw. Anzeichen für eine abnehmende Selbstpflegefähigkeit: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Von Relevanz ist eine Destabilisierung der Versorgungssituation, die dadurch entsteht, dass Versorgungsanforderungen oder Verhaltensweisen der versorgten Person zu einer Überforderung des bestehenden Hilfenetzes (An- und Zugehörige und ggf. weitere Personen) führen oder bislang verfügbare Hilfen wegzufallen drohen. Bei Alleinlebenden sind analog dazu zunehmende Einbußen der Selbstpflegekompetenz zu berücksichtigen, die nicht durch andere Personen oder durch Dienstleistungen kompensiert werden.

Zu prüfen ist, ob der ambulante Pflegedienst offensichtliche Anzeichen hierfür erkannt hat. Ist dies der Fall, so ist weiterhin zu prüfen, ob Aktivitäten zur Verhinderung einer Destabilisierung vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Leitfragen

1. Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?

2. Wurde im Gespräch mit der versorgten Person bzw. den An- und Zugehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?**
   Angesprochen ist mit dieser Frage die Stabilität der häuslichen Versorgung hinsichtlich der individuellen Selbstpflegekompetenzen oder der Unterstützungsleistungen durch Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn der versorgten Person.
   Eine Destabilisierung einer Pflegesituation kann durch Veränderungen auf Seiten der versorgten Person entstehen, durch einen fortschreitenden Verlauf einer bestehenden Erkrankung, eine zunehmende Beeinträchtigung der Selbständigkeit in wesentlichen Lebensbereichen und Aktivitäten und durch andere Aspekte, die einen erhöhten physischen und psychischen Einsatz bei der Pflege erfordern. Die Stabilität kann ebenso durch Veränderungen auf Seiten der Pflegepersonen eintreten wie zum Beispiel durch die Dauer der physischen und psychischen Belastung durch die Pflege oder durch mit der Pflege konkurrierende familiäre, berufliche oder andere Verpflichtungen.
   Gemeint sind **offenkundige** Sachverhalte, also Sachverhalte, die im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmbar sind, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen.

2. **Wurde im Gespräch mit der versorgten Person bzw. den An- und Zugehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?**
   Zu beurteilen ist, ob im Falle von Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen der versorgten Person bzw. den An- und Zugehörigen und dem ambulanten Pflegedienst stattgefunden hat, in der auf die beobachteten Tendenzen einer Destabilisierung hingewiesen wurde und auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation – beispielsweise durch die Inanspruchnahme teilstationärer Angebote oder Maßnahmen zur Entlastung der An- und Zugehörigen durch Einbeziehung weiterer Personen in die Pflege.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten
Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der ambulante Pflegedienst bestehende Anzeichen für eine Destabilisierung der Versorgungssituation erkannt, der versorgten Person bzw. den An- und Zugehörigen Hinweise gegeben oder ein Angebot zur Unterstützung unterbreitet hat, diese jedoch keine Konsequenzen daraus gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Anzeichen für eine Destabilisierung der Versorgungssituation unvollständig dargestellt werden, der ambulante Pflegedienst aber dennoch situationsgerecht reagiert hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn der ambulante Pflegedienst beispielsweise offenkundige Anzeichen nicht erkannt hat und daher keine Aktivitäten zur Verhinderung einer weiteren Destabilisierung auszumachen sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn bestehende Anzeichen nicht erkannt wurden und eine ausreichende Versorgung der versorgten Person nicht mehr erfolgt oder andere negative Konsequenzen eingetreten sind.

Qualitätsbereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

In diesem Prüfbereich sind Qualitätsaspekte aufgeführt, die Gegenstand der Vereinbarung zwischen ambulantem Pflegedienst und der versorgten Person sein können. Die Qualitätsaspekte sind jedoch auch dann zu bearbeiten, wenn es sich um verordnungsfähige Leistungen gemäß der aktuellen Fassung der HKP-Richtlinie handelt (Leistungen der Grundpflege, Ziffern 1 bis 4 der HKP-Richtlinie).

Die Prüfung folgt dem Grundsatz, dass Qualitätsaspekte, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes liegen, grundsätzlich keiner Qualitätsbeurteilung unterzogen werden. Das bedeutet, dass die in diesem Bereich aufgeführten Qualitätsaspekte nur dann in die Prüfung einzubeziehen sind, wenn sie Bestandteil des durch eine Vereinbarung (oder eine Verordnung) geregelten Auftrags des ambulanten Pflegedienstes sind.

Verschiedene, durch eine Vereinbarung geregelte Leistungen, setzen sich aus mehreren pflegerischen Handlungen zusammen, die allerdings nicht alle den gleichen Stellenwert besitzen. Hilfen bei der Fortbewegung beispielsweise sind bei verschiedenen pflegerischen Maßnahmen erforderlich, etwa bei der Begleitung zur Toilette oder im Rahmen der Körperpflege. Oft handelt es sich um **„kleine“ Hilfen**, die weder zeitlich noch fachlich einen besonderen Stellenwert haben.

Solche „kleinen“ Hilfen, die weder zeitlich noch fachlich einen besonderen Stellenwert haben, sind dementsprechend als Teilaspekt eines Qualitätsaspekts und nicht in einem gesonderten Qualitätsaspekt zu beurteilen. Wird beispielsweise im Rahmen der Körperpflege Hilfe beim Gang zum Waschbecken oder beim Einstieg in die Dusche geleistet, ist dies beim Qualitätsaspekt 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“ zu berücksichtigen. Die genannten Hilfen werden also als Teilaspekt der Unterstützung bei der Körperpflege eingestuft. Treten bei diesen „kleinen“ Hilfen Defizite auf (z. B. keine ausreichende Hilfe bei der Fortbewegung oder beim Transfer), so wird dies als Defizit bei der Beurteilung des Qualitätsaspekts „Unterstützung bei der Körperpflege“ berücksichtigt.

Anders ist zu verfahren, wenn es sich um Teilhilfen handelt, die fachlich und/oder zeitlich einen besonderen Stellenwert haben. Setzt beispielsweise die Durchführung der Körperpflege bei einem kognitiv beeinträchtigten, desorientierten Menschen voraus, dass Ängste und Abwehrhaltungen in einem zeitaufwändigen Prozess abgeschwächt werden und dadurch erst die Durchführung der Körperpflege ermöglicht wird, so hat die damit angesprochene „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ einen besonderen Stellenwert und ist gesondert, d.h. ergänzend zum Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Körperpflege“ zu beurtei-

len. Beurteilt werden dann also beide Qualitätsaspekte, „Unterstützung bei der Körperpflege“ ebenso wie „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“.

Damit ein Qualitätsaspekt zum Gegenstand der Prüfung wird, müssen somit **zwei Bedingungen** erfüllt sein:

1. Die Leistung bzw. Aufgabe, die mit dem Qualitätsaspekt angesprochen wird, muss *Bestandteil einer zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der versorgten Person abgeschlossenen Vereinbarung sein*, also Bestandteil des pflegerischen Auftrags im jeweiligen Einzelfall. Hiervon ist auszugehen, wenn eine Leistung bzw. pflegerische Aufgabe
   - ↳ in einem schriftlichen Vertrag explizit aufgeführt wird oder
   - ↳ in einer anderen schriftlichen Vereinbarung zwischen ambulantem Pflegedienst und versorgter Person explizit aufgeführt wird oder
   - ↳ mündlich abgesprochen wurde (z. B. Aushandlung im Rahmen des Pflegeprozesses).

2. Die betreffenden pflegerischen Hilfen müssen darüber hinaus *zeitlich und fachlich eine wesentliche Bedeutung* für die Durchführung des pflegerischen Auftrags haben. So kann wie im angegebenen Beispiel die „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ (Qualitätsaspekt 2.2) auch im Rahmen der Körperpflege eine wesentliche Bedeutung haben, wenn die versorgte Person die meiste Zeit über Ansprache und Orientierungshilfe benötigt, um bei der Durchführung der Körperpflege zu kooperieren.

Während der Prüfung ist somit für jeden der zehn Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 2 zu klären, ob bei der versorgten Person beide Voraussetzungen erfüllt sind und der betreffende Qualitätsaspekt somit zu bearbeiten bzw. zu bewerten ist. Die Entscheidung ist mit besonderer Sorgfalt zu treffen und erfolgt in zwei Schritten: Zunächst ist zu klären, welche der zehn Qualitätsaspekte mit dem Auftrag des ambulanten Pflegedienstes angesprochen werden (Klärung Bedingung 1). Im zweiten Schritt ist zu beurteilen, ob die betreffenden Hilfen fachlich und/oder zeitlich einen besonderen Stellenwert für die Durchführung der vereinbarten Leistung haben (Klärung Bedingung 2). **Die Entscheidung ist im Prüfbogen im Abschnitt „Informationserfassung“ zu erläutern.**

Nähere Hinweise zur Klärung dieser Voraussetzung finden sich in den folgenden Ausführungen zu den zehn Qualitätsaspekten im Qualitätsbereich 2.

Es sind Situationen denkbar, in denen die Prüferin oder der Prüfer auf **sehr offene Vereinbarungen zwischen ambulantem Pflegedienst und versorgter Person** stoßen. Dies ist insbesondere bei Leistungen zu erwarten, für die eine Zeitvergütung vereinbart wurde. Kann der Prüfumfang daher aus den schriftlichen Unterlagen (Verträge, Vereinbarungen und Pflegedokumentation bzw. schriftliche Maßnahmenplanung) nicht eindeutig abgeleitet werden, so sind ergänzend Auskünfte des ambulanten Pflegedienstes und der versorgten Person bzw. der An- und Zugehörigen oder der bevollmächtigten Person einzuholen.

Es kommt auch vor, dass die **Bezeichnung einer Leistung keine unmittelbare Ableitung der Leistungsinhalte** zulässt. Hat sich die versorgte Person beispielsweise für die Leistung „Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation“ auf der Basis einer Zeitvergütung entschieden, könnte der Schwerpunkt der Leistungen auf den drei Aufgaben „Verbesserung der Mobilität“, „Verbesserung der Pflegekompetenz der pflegenden An- und Zugehörigen“ und „Hilfen beim Aufbau einer bedürfnisgerechten Tagesstruktur“ liegen. In diesem Beispiel wären die Qualitätsaspekte 2.1, 2.6 und 2.9 Gegenstand der Prüfung. Die gleiche Leistungsbezeichnung findet sich gegebenenfalls bei einer anderen versorgten Person, bei der andere Schwerpunkte vorliegen (z. B. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und Verbesserung der Pflegekompetenz der pflegenden An- und Zugehörigen, Qualitätsaspekte 2.4 und 2.9).

Zu berücksichtigen sind schließlich auch wechselnde Leistungsinhalte im Zeitverlauf, die bei Zeitvergütungen ebenfalls vorkommen können. **Bezugspunkt für die Prüfung ist immer die aktuelle Versorgungssituation.**

Einige der Qualitätsaspekte enthalten Leitfragen, in denen es um die Unterstützung bei der *Nutzung von Hilfsmitteln* geht. In diesem Zusammenhang sind zwei Konstellationen denkbar, die mit unterschiedlichen Konsequenzen für die Qualitätsprüfung einhergehen:

a) benötigte Hilfsmittel sind im Haushalt der versorgten Person verfügbar – in diesem Fall geht es um die Unterstützung bei der Nutzung bereits vorhandener Hilfsmittel durch die versorgte Person.

b) Hilfsmittel sind nicht im Pflegehaushalt verfügbar – in diesem Fall kann der ambulante Pflegedienst die Beschaffung oder Verordnung von Hilfsmitteln anregen. Sofern ein empfohlenes Hilfsmittel durch die versorgte Person nicht für erforderlich erachtet oder die Beschaffung aus anderen Gründen abgelehnt wird, eine Verordnung nicht ausgestellt oder nicht genehmigt wird, ist der jeweilige Teil des Qualitätsaspekts für die Qualitätsprüfung nicht relevant.

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält eine bedarfsgerechte, den individuellen Vereinbarungen entsprechende Unterstützung im Bereich der Mobilität und zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

◯ entfällt

Informationserfassung

1.	**Beeinträchtigungen** (bitte ankreuzen)
	◯ Positionswechsel im Bett ◯ Aufstehen ◯ Halten einer stabilen Sitzposition ◯ Lageveränderung im Sitzen ◯ Stehen und Gehen, Balance ◯ Treppen steigen ◯ Beweglichkeit der Extremitäten ◯ Kraft
	Erläuterungen: *[Freitext]*
2.	**Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität**
	[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung der versorgten Person mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen und Mobilität zu erhalten und zu fördern. Zu prüfen ist ferner, ob die mit Mobilitätseinbußen assoziierten Gefährdungen erfasst werden und der ambulante Pflegedienst im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen einleitet, die zur Vermeidung oder Reduzierung von Gefährdungen beitragen. Hinweise zur Qualitätsbewertung finden sich unter anderem in den Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, „Sturzprophylaxe in der Pflege“ und „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
„Unterstützung im Bereich der Mobilität“ umfasst im Kern Hilfen bei der Fortbewegung, Hilfen bei Lageveränderungen im Liegen, beim Aufrichten, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen und die Unterstützung beim Umsetzen. Hilfen beim An- und Auskleiden sind ebenfalls diesem Qualitätsaspekt zuzuordnen, wenn sie im Zusammenhang mit dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen geleistet werden.

Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Mobilität erfasst und unter Berücksichtigung eines früheren Mobilitätsstatus beurteilt?

2. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf der versorgten Person?

3. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der versorgten Person abgestimmt sind?

4. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?

5. Wird die versorgte Person bei Bedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln für die Fortbewegung angeleitet oder beraten?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Wurden Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Mobilität erfasst und unter Berücksichtigung eines früheren Mobilitätsstatus beurteilt?**
   Zu beurteilen ist, ob eine individuelle, situationsgerechte Erfassung/Beschreibung der Beeinträchtigungen und Ressourcen der Selbstständigkeit im Bereich der Mobilität und eine Bewertung vor dem Hintergrund vorheriger Erfassungen der Mobilität erfolgt sind. Hinweise zur Erfassung des Mobilitätsstatus finden sich im Entwurf des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der aktuellen Fassung.

2. **Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf der versorgten Person?**
   Zu beurteilen ist, ob die individuelle Maßnahmenplanung dem jeweiligen Mobilitätsstatus entspricht.

3. **Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der versorgten Person abgestimmt sind?**
   Angesprochen sind hiermit explizit vereinbarte Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Sinne des Expertenstandards, die mit der versorgten Person durchgeführt wurden.

4. **Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?**
   Angesprochen sind damit mögliche Sturzgefahren, das Risiko der Entstehung eines Dekubitus und fortschreitende Funktionsbeeinträchtigungen.

5. **Wird die versorgte Person bei Bedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln für die Fortbewegung angeleitet oder beraten?**
   Es ist zu beurteilen, ob die versorgte Person – soweit erforderlich – Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise in der Pflegedokumentation Mobilitätsbeeinträchtigungen unvollständig dargestellt werden, bei der Maßnahmenplanung und -durchführung jedoch alle Beeinträchtigungen und die aus ihnen resultierenden Risiken berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die individuelle Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nicht den Mobilitätsbeeinträchtigungen entspricht,
- der Einfluss von Mobilitätsbeeinträchtigungen auf das Sturz- oder Dekubitusrisiko oder ein anderes gesundheitliches Risiko nicht erkannt wurde und keine Maßnahmen zur Reduzierung der Risiken eingeleitet wurden,
- vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt werden,
- keine fachgerechte Überprüfung der Wirksamkeit der geleisteten Unterstützung erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die vereinbarte Unterstützung bei der Fortbewegung nicht erfolgt und die Abweichung von den Vereinbarungen nicht fachlich begründet ist,
- keine ausreichende Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung erfolgt,
- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen nicht den fachlichen Anforderungen entspricht (insbesondere bei Lagerungen).

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf ihren Lebensalltag und ihre Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende An- und Zugehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um die versorgte Person wirksam zu unterstützen.

◯ entfällt

Informationserfassung

Gegebenenfalls Art und Umfang der von den An- und Zugehörigen geleisteten Hilfen:
[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung der versorgten Person zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung. Diese Unterstützung umfasst beispielsweise Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen, die Unterstützung bei Entscheidungen im Lebensalltag und die Begleitung bei Aktivitäten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht allein durchgeführt werden können. Zu prüfen sind des Weiteren Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, beispielsweise in Form von biografieorientierter Einzelbetreuung. Gegenstand der Prüfung ist schließlich auch die systematische Beratung und Anleitung An- und Zugehöriger mit dem Ziel, bei beeinträchtigter Kognition wirksame Hilfe zu leisten.

Leitfragen

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?

2. Erhält die versorgte Person eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?

3. Werden die An- und Zugehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?**
   Zu beurteilen ist, ob eine individuelle Erfassung und Beschreibung der Fähigkeiten zur zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung vorliegt und eine Einschätzung der Fähigkeiten zur Erkennung von Personen und Erinnerung von Sachverhalten vorgenommen wurde.

2. **Erhält die versorgte Person eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?**
   Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob die geplanten Maßnahmen den kognitiven Fähigkeiten entsprechen und auf die Förderung und den Erhalt kognitiver Fähigkeiten ausgerichtet sind.

3. **Werden die An- und Zugehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?**
   Zu beurteilen ist, ob die An- und Zugehörigen durch den ambulanten Pflegedienst bei der Erhaltung und Förderung kognitiver Fähigkeiten der versorgten Person unterstützt werden, zum Beispiel durch Information und Beratung zum Umgang mit beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten der versorgten Person.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn sich lediglich lückenhafte Hinweise auf Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung entsprechend der vertraglichen Vereinbarung erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → eine Fehleinschätzung kognitiver Fähigkeiten vorliegt,
- → keine Informationen zu den individuellen Bedürfnissen der versorgten Person erfasst wurden,
- → die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nicht dem aktuellen Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf entspricht.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → geplante Maßnahmen nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden,
- → die geleistete Unterstützung nicht auf die Beeinträchtigungen und Bedürfnisse der versorgten Person oder auf den Bedarf der pflegenden An- und Zugehörigen ausgerichtet ist.

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten erhalten eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten. Eingeschlossen sind dabei gegebenenfalls auch die Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen.

◯ entfällt

Informationserfassung

Beeinträchtigung kommunikativer Fähigkeiten der versorgten Person: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Gegenstand der Prüfung sind Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen. Zu prüfen ist dementsprechend, inwieweit die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten erhält, um die Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten. Zu prüfen ist ferner, ob und wie die An- und Zugehörigen durch Beratung und Anleitung dabei unterstützt werden, wirksame Hilfe zur Kompensation von Beeinträchtigungen der Kommunikation zu leisten.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
„Unterstützung im Bereich der Kommunikation“ umfasst Hilfen zur Kompensation von Kommunikationsbeeinträchtigungen sowie Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen. Auch Hilfen im Umgang mit Hilfsmitteln können dazugehören.

Leitfragen

1. Liegt eine zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?

2. Erhält die versorgte Person eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte?

3. Werden die An- und Zugehörigen bei Bedarf dabei unterstützt, Hilfe im Bereich der Kommunikation zu leisten?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Liegt eine zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?**
   Von Bedeutung sind dabei alle Formen der Kommunikation mit anderen Personen, die es der versorgten Person ermöglichen, ihre Sichtweise und Wünsche mitzuteilen und Informationen anderer Personen zu verstehen.

2. **Erhält die versorgte Person eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte?**
   Zu beurteilen ist, ob die Unterstützung der versorgten Person bei der Kommunikation mit anderen Personen entsprechend ihrer kommunikativen Fähigkeiten erfolgt. Dies schließt die Nutzung technischer und anderer Hilfsmittel ein, die die Kommunikation unterstützen können.

3. **Werden die An- und Zugehörigen bei Bedarf dabei unterstützt, Hilfe im Bereich der Kommunikation zu leisten?**
   Die Auswirkungen von Beeinträchtigungen bei der Kommunikation betreffen vor allem das Verhältnis der versorgten Person zu ihren An- und Zugehörigen. Die Unterstützung bei der Kommunikation sollte daher auch für An- und Zugehörige erfolgen, sofern diese einen entsprechenden Bedarf äußern. Hierzu zählt zum Beispiel die Verbesserung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln (z. B. Cochlea-Implantat) sowie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn sich nur lückenhafte Hinweise auf Beeinträchtigungen der Kommunikation in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → eine Fehleinschätzung der kommunikativen Fähigkeit oder der Kommunikationsbedürfnisse der versorgten Person vorliegt,
- → An- und Zugehörige bei Bedarf nicht dabei unterstützt werden, Hilfen bei beeinträchtigter Kommunikation zu leisten,
- → die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nicht dem aktuellen Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf entspricht.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise die versorgte Person in ihrer Kommunikation nicht entsprechend ihrer Beeinträchtigungen unterstützt wird.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen und ihre An- und Zugehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen der versorgten Person sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden der versorgten Person gefördert wird.

◯ entfällt

Informationserfassung

Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen / psychische Problemlagen und ihre Auswirkungen: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, inwieweit der ambulante Pflegedienst darauf hinwirkt, die häusliche Versorgung der versorgten Person mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden.

Ebenfalls zu prüfen ist gegebenenfalls darüber hinaus, ob in geeigneter Weise auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen eingegangen wird, um pflegerische Maßnahmen, die zum Auftrag des ambulanten Pflegedienstes gehören, durchführen zu können.

Die Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen (z. B. zur Anpassung der Tagesstruktur, zur Anpassung von Kommunikation und Pflegehandlungen, zur Reaktion auf kritische Situationen etc.).

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung

Dieser Qualitätsaspekt ist nicht nur im Zusammenhang mit der Beratung/Anleitung von An- und Zugehörigen zu bewerten, sondern auch dann, wenn die versorgte Person Verhaltensweisen oder psychische Probleme aufweist, die ein besonderes Vorgehen bei der Durchführung anderer Maßnahmen (wie z. B. Körperpflege, Hilfen beim Aufstehen oder Zubettgehen, Unterstützung beim Toilettengang) notwendig machen.

Angesprochen sind an dieser Stelle Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die auch im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Es handelt sich um Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für die versorgte Person oder ihre Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung mit sich bringen oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls einen Hilfebedarf begründen.

Zu diesen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen gehören (nähere Definitionen finden sich in der Begutachtungs-Richtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der aktuellen Fassung):

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Von entscheidender Bedeutung ist, dass diese Verhaltensweisen einen Bedarf an Unterstützung begründen. So sind beispielsweise alle Menschen vom Gefühl der Angst betroffen. Dieses Gefühl kann allerdings so übermächtig werden, dass es nicht kontrolliert werden kann und eine folgenreiche emotionale Krise auslöst. Insbesondere bei demenziell erkrankten Personen ist zu beobachten, dass langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffende Person selbst nicht kontrollieren kann.

Dementsprechend ist bei der Prüfung zu berücksichtigen, dass nicht das Verhalten an sich, sondern die mit einem Verhalten verbundene Problematik für das Alltagsleben der versorgten Person oder für ihre soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Leitfragen

1. Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen der versorgten Person sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auslösen?

2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

3. Erhalten die An- und Zugehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?

4. Berücksichtigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes die vorliegenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen bei der Durchführung von anderen Pflegemaßnahmen?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen der versorgten Person sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auslösen?**
   Gefragt ist dabei die Erfassung unterschiedlicher Verhaltensweisen und – soweit möglich – auslösender Faktoren und aus den Verhaltensweisen resultierender Konsequenzen.
2. **Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?**
   Zu beurteilen ist, ob der Einschätzung der Verhaltensweisen und Problemlagen entsprechende umgebungsbezogene oder verhaltensbezogene Maßnahmen durchgeführt werden und eine Unterstützung bei der Alltagsgestaltung der versorgten Person erfolgt.
3. **Erhalten die An- und Zugehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?**
   Zu beurteilen ist, ob die An- und Zugehörigen eine Beratung mit dem Ziel der Entlastung oder dem Ziel der Kompetenzerweiterung im Umgang mit Verhaltensweisen der versorgten Person erhalten haben.
4. **Berücksichtigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes die vorliegenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen bei der Durchführung von anderen Pflegemaßnahmen?**
   Sofern der Auftrag des ambulanten Pflegedienstes andere bzw. weitere Hilfen umfasst, ist zu beurteilen, ob auf die versorgte Person in fachlich angemessener Weise reagiert wird, um die Durchführung dieser Hilfen sicherzustellen (z. B. Deeskalation, Validation, andere Methoden emotionaler Entlastung).

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise geeignete oder angepasste pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sind, aber lückenhaft dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte,
- → eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für die versorgte Person ein Problem darstellen,
- → nicht versucht wurde, verhaltensrelevante Faktoren (z. B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Änderung der Medikation, Trauer etc.) zu identifizieren.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → auf eine psychische Belastung der versorgten Person weder direkt (durch entlastende Maßnahmen) noch indirekt (durch Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen) reagiert wurde,
- → keine Unterstützung erfolgt, die direkt oder indirekt (über die Beratung der An- und Zugehörigen) auf die Verhaltensweisen der versorgten Person ausgerichtet ist.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Körperpflege.

◯ entfällt

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und individuelle Bedürfnisse der versorgten Person im Bereich der Körperpflege: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Maßnahmen der Körperpflege durchgeführt werden. Zu berücksichtigen ist dabei, inwieweit die Planung und Durchführung von Maßnahmen der Körperpflege an die Beeinträchtigungen, Ressourcen und Bedürfnisse der versorgten Person angepasst sind und inwieweit Erhalt und Förderung der Selbständigkeit Bestandteil der Planung und Durchführung sind. Hinweise zur Qualitätsbewertung finden sich u. a. in den Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege“ und „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
Hilfen beim An- und Auskleiden sind Teilaspekte der Beurteilung, sofern sie lediglich erforderlich sind, um die Durchführung der Körperpflege zu ermöglichen und unabhängig von der Körperpflege nicht anfallen würden.
Dieser Qualitätsaspekt ist nicht gesondert zu prüfen, wenn Maßnahmen der Körperhygiene im Zusammenhang mit dem Toilettengang erforderlich werden.

Leitfragen

1. Werden die vereinbarten Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?

2. Werden bei der Körperpflege die Wünsche der versorgten Person berücksichtigt?

3. Werden Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Durchführung der Körperpflege und gegebenenfalls der Beratung der An- und Zugehörigen berücksichtigt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden vereinbarte Maßnahmen zur Unterstützung der Körperpflege durchgeführt?**
   Zu beurteilen ist, ob die individuelle Maßnahmenplanung eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Körperpflege gewährleistet und die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden.

2. **Werden bei der Körperpflege die Wünsche der versorgten Person berücksichtigt?**
   In diesem Zusammenhang ist zu beurteilen, ob die Wünsche der versorgten Person hinsichtlich der Unterstützung bei der Körperpflege Berücksichtigung finden.

3. **Werden Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Durchführung der Körperpflege und gegebenenfalls der Beratung von An- und Zugehörigen berücksichtigt?**
   Mit dieser Frage ist die Notwendigkeit der Beobachtung verschiedener Aspekte (z. B. Haut, Schleimhaut, Mund, Zähne) während der Körperpflege angesprochen. Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob systematische Beobachtungen relevanter Körperpartien stattfinden und ob vorhandene Auffälligkeiten angesprochen und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen mit den Auffälligkeiten gegeben wurden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die vertraglich vereinbarte Durchführung der Körperpflege nicht vollständig dokumentiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → ein auffälliger Hautzustand (beispielsweise Rötungen, Schuppungen) nicht thematisiert oder nicht dokumentiert wurde,
- → grundlegende Hygieneanforderungen bei der Körperpflege nicht berücksichtigt wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Verschmutzungen der Haut, der Haare oder der Fingernägel auf eine unzureichende Körperpflege hinweisen,
- → individuelle Wünsche (auch: religiöse Bedürfnisse) der versorgten Person bei der Körperpflege nicht beachtet werden,
- → vereinbarte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege nicht durchgeführt werden.

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird durch den ambulanten Pflegedienst bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt.

◯ entfällt

Informationserfassung

Gewicht, Größe und Gewichtsverlauf			
Gewicht aktuell		Größe (in cm)	
Gewicht vor 3 Monaten		aktueller BMI	
Gewicht vor 6 Monaten			
Gewichtsverlauf und Hinweise auf eine Gewichtsabnahme: *[Freitext]*			

Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme
[Freitext]

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	
◯ Magensonde ◯ PEG-Sonde ◯ PEJ-Sonde	◯ vollständige Sondenernährung ◯ teilweise Sondenernährung ◯ zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich ◯ zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich ◯ Applikation per Pumpe ◯ Applikation per Schwerkraft ◯ Applikation per Bolus
Nahrung kcal/24 h + Flussrate: *[Freitext]*	

Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate: *[Freitext]*
Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband: *[Freitext]*
◯ Subkutane Infusion
◯ i.v.-Infusion
Hilfsmittel: *[Freitext]*
Sonstiges: *[Freitext]*

Erläuterungen zur Informationserfassung
Die geforderten Hinweise auf eine Gewichtsabnahme (Freitext) sollten bekannte Ursachen für die Gewichtsabnahme berücksichtigen. Auch ist anzugeben, inwieweit die Gewichtsabnahme ärztlich begleitet bzw. beobachtet wird.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, inwieweit der ambulante Pflegedienst eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Sicherung und Förderung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme durchführt und inwieweit hierbei etwaige Risiken für Mangelernährung und eine unzureichende Flüssigkeitsaufnahme berücksichtigt werden. Dies schließt die Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen, Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen ein, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person beteiligen. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Leitfragen

1. Ist die Ernährungssituation inklusive Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person fachgerecht erfasst worden? Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?

2. Erfolgt eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?

3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Ist die Ernährungssituation inklusive Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person fachgerecht erfasst worden? Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?**
   Zu beurteilen ist, ob eine fachgerechte Einschätzung der Ernährungssituation und möglicher Anzeichen für eine Mangelernährung und eine unzureichende Flüssigkeitsaufnahme stattgefunden hat.
2. **Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?**
   Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob die aktuelle Ernährungssituation in der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zur Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme berücksichtigt und die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt wurden. Beurteilt werden soll zudem, ob die Wünsche der versorgten Person hinsichtlich der Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfragt und berücksichtigt wurden. Abschließend umfasst die bedürfnisgerechte Unterstützung die Beobachtung der Ernährungssituation und gegebenenfalls Einleitung weiterer Maßnahmen (z. B. Beratung und Aufklärung der versorgten Person und ggf. ihrer An- und Zugehörigen, Information der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes).
3. **Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingesetzt?**
   Es ist zu beurteilen, ob die versorgte Person – soweit erforderlich – Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegedokumentation als weniger eingeschränkt beschrieben wird als sie tatsächlich ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das daraus resultierende Risiko der Mangelernährung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → auf Veränderungen des Ernährungsverhaltens, etwa Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme oder eine unzureichende Flüssigkeitsaufnahme, nicht reagiert wird und keine Rücksprache mit der versorgten Person und ihren An- und Zugehörigen bezüglich der veränderten Situation angestrebt wurde,
- → die Nahrung oder Flüssigkeit nicht in einer Form angeboten wird, die auf die Beeinträchtigungen der versorgten Person abgestimmt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → keine ausreichende Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt,
- → die versorgte Person Anzeichen einer Dehydratation zeigt und der ambulante Pflegedienst nicht darauf reagiert hat,
- → Wünsche der versorgten Person ignoriert werden, obwohl hierfür keine gesundheitlichen Gründe vorliegen.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei der Ausscheidung bzw. der Kontinenzförderung unterstützt.

◯ entfällt

Informationserfassung

Kontinenz
Beeinträchtigungen und Hilfebedarf im Zusammenhang mit der Harn- und Stuhlinkontinenz: *[Freitext]*
Nutzung von: ◯ suprapubischem Katheter ◯ transurethralem Katheter ◯ Inkontinenzprodukten ◯ offen ◯ geschlossen ◯ Hilfsmitteln ◯ Stoma ◯ Sonstigem

Allgemeine Beschreibung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung der versorgten Person mit dem Ziel, Kontinenzverlust zu kompensieren. Eingeschlossen ist sowohl die Harn- als auch die Stuhlkontinenz. Zu prüfen ist ebenfalls, ob Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz eingeleitet wurden. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Falle der Kontinenz im Expertenstandard „Kontinenzförderung in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz der versorgten Person zutreffend erfasst?

2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzerhalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?

3. Wird zu erforderlichen Hilfsmitteln beraten und werden diese fachgerecht eingesetzt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Wurde die Kontinenz der versorgten Person zutreffend erfasst?**
   Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung vorliegt, die den aktuellen Status der Kontinenz der versorgten Person zutreffend und nachvollziehbar abbildet. Im Fall eines Hilfebedarfs erfolgt die Darstellung über das jeweilige Kontinenzprofil gemäß Expertenstandard.

2. **Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzerhalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?**
   Zu beurteilen ist,
   - → ob die individuelle Maßnahmenplanung die festgestellten Beeinträchtigungen der Kontinenz berücksichtigt und die Maßnahmen durchgeführt werden,
   - → ob Wünsche der versorgten Person im Hinblick auf die Unterstützung bei der Ausscheidung berücksichtigt werden und
   - → ob die Entwicklung der Kontinenz der versorgten Person beobachtet wird und bei Besonderheiten gegebenenfalls weitere Maßnahmen eingeleitet werden (z. B. Beratung und Aufklärung der versorgten Person bzw. ihrer An- und Zugehörigen, Information der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes).

3. **Wird zu erforderlichen Hilfsmitteln beraten und werden diese fachgerecht eingesetzt?**
   Es ist zu beurteilen, ob die versorgte Person – soweit erforderlich – Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung dieser Hilfsmittel erhält.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn das Kontinenzprofil nicht zutreffend bzw. unvollständig dokumentiert ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das Ziel der Kontinenzförderung und Unterstützung bei der Ausscheidung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → wichtige Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt werden, hierdurch aber noch keine Probleme entstanden sind (z. B. das Wechselintervall des Katheterbeutels nicht den Herstellerangaben oder im Bedarfsfall der ärztlichen Verordnung entspricht),
- → die individuelle Maßnahmenplanung nicht auf die Beeinträchtigungen der versorgten Person zugeschnitten ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → durch Vernachlässigung wichtiger Hygieneanforderungen Schädigungen der Haut eingetreten sind,
- → die Durchführung der Maßnahmen nicht dem Bedarf und den individuellen Vereinbarungen entspricht.

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung bzw. Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation fachgerecht unterstützt.

◯ entfällt

Informationserfassung

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, inwieweit und in welcher Form die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation erhält und die An- und Zugehörigen bei Bedarf eine entsprechende Beratung und Anleitung erhalten.

Leitfragen

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten der versorgten Person bekannt?

2. Wurde bei Bedarf mit der versorgten Person (oder ihren An- und Zugehörigen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?

3. Erhält die versorgte Person Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten der versorgten Person bekannt?**
   Zu beurteilen ist, ob eine Einschätzung der individuellen Gewohnheiten und Beschäftigungen im Tagesverlauf der versorgten Person stattgefunden hat und die Möglichkeiten zur Förderung sozialer Kontakte im Umfeld bekannt sind.

2. **Wurde bei Bedarf mit der versorgten Person (oder ihren An- und Zugehörigen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?**
   Die Erarbeitung einer individuellen Tagesstrukturierung ist nur dann zu erwarten, wenn die versorgte Person bzw. ihre An- und Zugehörigen – gegebenenfalls nach entsprechender Beratung durch den ambulanten Pflegedienst – ein entsprechendes Bedürfnis formulieren und die Hilfe bei der Tagesstrukturierung insofern Bestandteil des pflegerischen Auftrags ist.
   Zu beurteilen ist unter dieser Voraussetzung, ob eine entsprechende Tagesstrukturierung vorliegt und ob sie mit den Einschätzungen der Aktivitäten und Gewohnheiten sowie den individuellen Wünschen der versorgten Person im Einklang steht. Zu beurteilen ist ferner, ob Unterstützung geleistet wurde, die Tagesstrukturierung umzusetzen (z. B. durch motivationsfördernde Gespräche, Erinnerungshilfen oder auch durch Hilfen bei der Fortbewegung, die notwendig sein können, um geplante Aktivitäten durchzuführen).

3. **Erhält die versorgte Person Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen?**
   Angesprochen ist die Frage, ob die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen dem Zweck der Kommunikation und/oder der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie der Gestaltung des häuslichen Alltags im Sinne der versorgten Person dienen. Dazu gehören die Begleitung bei Aktivitäten im Alltag und die Hilfe bei der Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigung.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise keine oder nur lückenhafte Hinweise auf die Ermittlung der relevanten Bedürfnisse der versorgten Person in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass die Bedürfnisse der versorgten Person bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → eine Tagesstrukturierung erarbeitet, aber nicht schriftlich fixiert wurde (z. B. nur mündlich kommuniziert wird),
- → nicht erkennbar ist, dass reflektiert oder praktisch überprüft wurde, ob durch eine Anpassung der Tagesstrukturierung emotionale Belastungen oder Verhaltensweisen der versorgten Person positiv beeinflusst werden können (falls ein entsprechender Bedarf besteht),
- → die Bedürfnisse der versorgten Person nicht bekannt sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → keine Tagesstrukturierung existiert, obwohl die versorgte Person den Tag nicht selbstständig planen oder Planungen nicht umsetzen kann,
- → die Tagesstrukturierung keinen Bezug zu den Bedürfnissen der versorgten Person aufweist,
- → von der versorgten Person gewünschte Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst regelmäßig nicht durchgeführt werden können.

2.9 Anleitung und Beratung pflegender An- und Zugehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Qualitätsaussage

Pflegende An- und Zugehörige erhalten Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der An- und Zugehörigen abgestimmt.

◯ entfällt

Informationserfassung

Gegebenenfalls Art und Umfang der Hilfen, die von den An- und Zugehörigen regelmäßig geleistet werden: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung bei den pflegenden An- und Zugehörigen. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse der bzw. des pflegenden An- und Zugehörigen abzustimmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung

Der Qualitätsaspekt 2.9 ist nur dann gesondert zu beurteilen, wenn die Verbesserung der Pflegekompetenz der An- und Zugehörigen expliziter Auftrag (vereinbarte Leistung) des ambulanten Pflegedienstes ist und die Verbesserung von pflegerischen Fähigkeiten und Kenntnissen der An- und Zugehörigen ein eigenständiges Ziel der Hilfen darstellt, dessen Erreichen im Rahmen des Pflegeprozesses reflektiert und überprüft wird.

Anleitung und Beratung von pflegenden An- und Zugehörigen erfolgen häufig während der Durchführung der pflegerischen Leistungen, mit denen der ambulante Pflegedienst beauftragt wurde. Sie sind in diesem Fall als Teilaspekt anderer Leistungen zu behandeln. Beratung und Anleitung sollten in einem systematischen Prozess stattfinden, der aus abgrenzbaren Lerneinheiten besteht.

Leitfragen

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen der An- und Zugehörigen sowie ihre pflegerischen Fertigkeiten erfasst?

2. Liegt eine mit den An- und Zugehörigen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der An- und Zugehörigen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?

3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird den An- und Zugehörigen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?

4. Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?

5. Wird die Beratung von Pflegefachpersonen durchgeführt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen der An- und Zugehörigen sowie ihre pflegerischen Fertigkeiten erfasst?**
   Den Beginn einer Beratung bildet eine Einschätzung der Ausgangslage, zu der vorhandene pflegerische Fähigkeiten der An- und Zugehörigen ebenso gehören wie die individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens und relevanter Fähigkeiten. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob diese Einschätzung stattgefunden hat und die Ausgangslage des Beratungsprozesses deutlich ist.

2. **Liegt eine mit den An- und Zugehörigen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der An- und Zugehörigen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?**
   Siehe Frage 3.

3. **Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird den An- und Zugehörigen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?**
   Bei diesen Fragen geht es um die Beurteilung, ob die jeweilige Ausgangslage und die individuellen Wünsche in die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen eingeflossen sind.

4. **Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?**
   Mit dieser Frage ist die Evaluation der Beratung und Anleitung im Hinblick auf die zu Beginn vereinbarten Ziele angesprochen. Zu beurteilen ist, ob Veränderungen der Pflegekompetenz der An- und Zugehörigen festgestellt werden konnten.

5. Wird die Beratung von Pflegefachpersonen durchgeführt?
Die Anleitung und Beratung sollte Fachkräften mit Beratungskompetenz vorbehalten sein. Zu beurteilen ist daher an dieser Stelle, ob die Beratung durch eine Pflegefachperson mit nachgewiesener Beratungskompetenz durchgeführt wurde. Sofern entsprechende Rahmenvereinbarungen oder vertragliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung vereinbart sind, sind die dort vereinbarten Qualifikationsniveaus maßgeblich.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die individuellen Lernvoraussetzungen der An- und Zugehörigen nicht erfasst worden sind,
- → die Planung edukativer Maßnahmen die Wünsche und Voraussetzungen auf Seiten der An- und Zugehörigen berücksichtigt, die Planung aber nicht vollständig schriftlich dokumentiert ist,
- → Maßnahmen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne ausreichende Qualifikation durchgeführt wurden,
- → Anleitung und Beratung unsystematisch erfolgen und bei den An- und Zugehörigen keine Kompetenzerweiterung erwarten lassen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche der An- und Zugehörigen unberücksichtigt bleiben,
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

2.10 Anleitung und Beratung der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der versorgten Person abgestimmt.

◯ entfällt

Informationserfassung

Bereiche der Selbstpflege, die im Rahmen der Anleitung und Beratung berücksichtigt werden: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse der versorgten Person abzustimmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung

Analog zum Qualitätsaspekt 2.9 ist der Qualitätsaspekt 2.10 nur dann gesondert zu beurteilen, wenn die Verbesserung der Selbstpflegekompetenz explizit Bestandteil des pflegerischen Auftrags ist und durch abgrenzbare Lerneinheiten erreicht werden soll. Anleitung und Beratung der versorgten Person während der Durchführung der Pflege sind regelmäßig Bestandteil einer ressourcenfördernden Pflege und daher nicht grundsätzlich unabhängig von den bisherigen Qualitätsaspekten zu beurteilen.

Leitfragen

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen erfasst?

2. Liegt eine mit der versorgten Person abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die ihren Wünschen entspricht und die Lernvoraussetzungen berücksichtigt?

3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird der versorgten Person das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?

4. Wird die Entwicklung der Selbstpflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?

5. Wird die Beratung von Pflegefachpersonen durchgeführt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen erfasst?**
   Den Beginn einer Beratung bildet eine Einschätzung der Ausgangslage, zu der die vorhandene Selbstpflegekompetenz und die individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens und relevanter Fähigkeiten gehören. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob diese Einschätzung stattgefunden hat und die Ausgangslage des Beratungsprozesses deutlich ist.

2. **Liegt eine mit der versorgten Person abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die ihren Wünschen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?**
   Siehe Frage 3.

3. **Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird der versorgten Person das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?**
   Bei diesen Fragen geht es um die Beurteilung, ob die jeweilige Ausgangslage und die individuellen Wünsche in die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen eingeflossen sind.

4. **Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?**
   Mit dieser Frage ist die Evaluation der Beratung und Anleitung im Hinblick auf die zu Beginn vereinbarten Ziele angesprochen. Zu beurteilen ist, ob Veränderungen der Selbstpflegekompetenz festgestellt werden konnten.

5. Wird die Beratung von Pflegefachpersonen durchgeführt?
Die Anleitung und Beratung sollte Fachkräften mit Beratungskompetenz vorbehalten sein. Zu beurteilen ist daher an dieser Stelle, ob die Beratung durch eine Pflegefachperson mit nachgewiesener Beratungskompetenz durchgeführt wurde. Sofern entsprechende Rahmenvereinbarungen oder vertragliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung vereinbart sind, sind die dort vereinbarten Qualifikationsniveaus maßgeblich.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- → die individuellen Lernvoraussetzungen nicht erfasst worden sind,
- → die Planung edukativer Maßnahmen Wünsche und Voraussetzungen auf Seiten der versorgten Person berücksichtigt, die Planung aber nicht vollständig schriftlich dokumentiert ist,
- → Maßnahmen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne ausreichende Qualifikation durchgeführt werden,
- → Anleitung und Beratung unsystematisch erfolgen und keine Verbesserung der Selbstpflegkompetenz erwarten lassen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche der versorgten Person unberücksichtigt bleiben,
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

Qualitätsbereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

3.1 Allgemeine ärztlich verordnete Leistungen der Behandlungspflege

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

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

Verordnete Leistungen der Grundpflege nach der HKP-Richtlinie (auch als Unterstützungspflege nach § 2c der HKP-Richtlinie) werden im Qualitätsbereich 2 „Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen“ geprüft.

Verordnete Leistungen der Behandlungspflege nach Ziffer 6 bis Ziffer 31d (ausgenommen Ziffern 24a und 27a) der HKP-Richtlinie werden jeweils durch einen der Qualitätsaspekte 3.1.1 bis 3.1.31 entsprechend der Leistungsbezeichnung geprüft. Die Palliativversorgung nach Ziffer 24a der HKP-Richtlinie wird hier nicht berücksichtigt. Die Leistung psychiatrische häusliche Krankenpflege nach Ziffer 27a der Anlage der HKP-Richtlinie wird im Qualitätsaspekt 3.3 geprüft. Die verordnete Leistung außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V wird im Qualitätsaspekt 3.2 geprüft.

Die Maßnahmenplanung im Qualitätsbereich 3 umfasst alle mitgeltenden Dokumente in der Pflegedokumentation zur Behandlungspflege (beispielsweise den Behandlungsplan, Medikationsplan und die ärztliche An- bzw. Verordnung).

3.1.1 Ärztlich verordnete Maßnahme: Absaugen

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An-bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung des Absaugens dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung des Absaugens dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - → 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 und
   - → nachvollziehbar ist, dass das Absauggerät entsprechend der Herstellervorgaben desinfiziert wird.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → nicht nachvollziehbar bekannt ist, ob das Absauggerät entsprechend den Herstellervorgaben desinfiziert werden muss,
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → das Absaugen nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurde,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.2 Ärztlich verordnete Maßnahme: Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - die Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgeräts an Vitalparameter (z. B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen Erkrankungen,
   - die Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgeräts und
   - gegebenenfalls der Austausch bestimmter Teile des Geräts (z. B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O_2-Zellen) gemäß Herstellerangaben,
   - relevante Inhalte der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

   durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden,
- das Medizinproduktebuch „Gerätehandbuch“ und die Gebrauchsanweisung nicht vor Ort sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- beim eingesetzten wie auch beim Ersatzbeatmungsgerät die vom Hersteller vorgeschriebene sicherheitstechnische Kontrolle (STK) nicht durchgeführt wurden (aktuelles Prüfsiegel),
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die Überprüfung und Anpassung der Einstellungen des Beatmungsgeräts nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.3 Ärztlich verordnete Maßnahme: Blasenspülung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Blasenspülung dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Blasenspülung dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - bei der Blasenspülung hygienische Grundsätze beachtet werden und
   - Erkenntnisse während der Blasenspülung und gegebenenfalls weitere Informationen an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt nachvollziehbar sind.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die Blasenspülung nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung (z. B. Häufigkeit, Spülmenge) durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte (z. B. Hygieneanforderungen), die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.4 Ärztlich verordnete Maßnahme: Blutdruckmessung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Sofern die ärztliche An- bzw. Verordnung keine Aussagen zu gegebenenfalls erforderlichen Konsequenzen bei definierten Ober- oder Untergrenzen des Blutdruckwerts enthält, sollte erhoben werden, ob bei auffälligen Werten eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt erfolgt ist. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. wenn die ärztliche An- bzw. Verordnung keine ausreichenden Vorgaben für die Durchführung der Maßnahmen und ggf. erforderliche Konsequenzen beinhaltet).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die Blutdruckmessung nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.5 Ärztlich verordnete Maßnahme: Blutzuckermessung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Sofern die ärztliche An- bzw. Verordnung keine Aussagen zu gegebenenfalls erforderlichen Konsequenzen bei definierten Ober- oder Untergrenzen des Blutzuckerwerts enthält, sollte erhoben werden, ob bei auffälligen Werten eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt erfolgt ist. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. wenn die ärztliche An-bzw. Verordnung keine ausreichenden Vorgaben für die Durchführung der Maßnahmen und ggf. erforderliche Konsequenzen beinhaltet).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die Blutzuckermessung nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.6 Ärztlich verordnete Maßnahme: interstitielle Glukosemessung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Sofern die ärztliche An- bzw. Verordnung keine Aussagen zu gegebenenfalls erforderlichen Konsequenzen bei definierten Ober- oder Untergrenzen des Blutzuckerwerts enthält, sollte erhoben werden, ob bei auffälligen Werten eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt erfolgt ist. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. wenn die ärztliche An- bzw. Verordnung keine ausreichenden Vorgaben für die Durchführung der Maßnahmen und ggf. erforderliche Konsequenzen beinhaltet).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die interstitielle Glukosemessung nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.7 Ärztlich verordnete Maßnahme: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
Hinweise dazu finden sich im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.
4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → nicht nachvollziehbar bekannt ist, wie und wann die individuellen Positionswechsel erfolgen sollten,
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → der Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. keine sach- und fachgerechte Positionierung erfolgt).

3.1.8 Ärztlich verordnete Maßnahme: Drainagen, Überprüfen, Versorgen

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur. An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Überprüfung und Versorgung von Drainagen dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Überprüfung und Versorgung von Drainagen dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - 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.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden.
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.9 Ärztlich verordnete Maßnahme: Einlauf/Klistier/Klysma/digitale Enddarmausräumung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.
4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.10 Ärztlich verordnete Maßnahme: Flüssigkeitsbilanzierung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen. An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur. An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.11 Ärztlich verordnete Maßnahme: Infusionen, i.v.

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht das Wechseln und Anhängen der Infusion dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen. An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der. An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des. An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht das Wechseln und Anhängen der Infusion dem aktuellen Stand des Wissens?**
   In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob ein aktueller Verlaufsbogen über die Infusionsgabe verfügbar ist.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.12 Ärztlich verordnete Maßnahme: Infusionen, s.c.

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen. An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.13 Ärztlich verordnete Maßnahme: Inhalation

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.
4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.14 Ärztlich verordnete Maßnahme: Injektionen

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die Injektion nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. Zeitabstände oder Dosierung der Applikation).

3.1.15 Ärztlich verordnete Maßnahme: Injektion, Richten von

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.
4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (bei fehlenden Angaben auf der An- bzw. Verordnung z. B. Applikationsform, Dosierung, Häufigkeit, tageszeitliche Vorgaben).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- das Richten der Injektion nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. das Richten von Injektionen, die das Haltbarkeitsdatum überschritten haben oder eine falsche Lagerung).

3.1.16 Ärztlich verordnete Maßnahme: Instillation

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.17 Ärztlich verordnete Maßnahme: Kälteträger, Auflegen von

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.
4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.18 Ärztlich verordnete Maßnahme: Katheter, Versorgung eines suprapubischen

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. bei fehlenden Vorgaben und Angaben zu Häufigkeit, Art und Weise des Verbandswechsels, zu individuellen Besonderheiten, zur Beurteilung der Eintrittsstelle oder der umgebenden Haut, Urinabfluss, zur Farbe des Urins, zum Umgang mit Fieber und Schmerzen).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die Versorgung des suprapubischen Katheters nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. Hygieneanforderungen).

3.1.19 Ärztlich verordnete Maßnahme: Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht das Katheterisieren der Harnblase dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht das Katheterisieren der Harnblase dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Katheterisierung der Harnblase unter hygienischen Kautelen erfolgt und Erkenntnisse während des Katheterisierens mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- wesentliche Aspekte gemäß dem aktuellen Stand des Wissens nicht berücksichtigt sind (z. B. fehlende Angaben zur Katheterisierung der Harnblase bzw. zum Wechsel des Blasenkatheters),
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. bei fehlenden Angaben zum Blasenkathetertyp, zur Blasenkathetergröße sowie zu den individuellen Besonderheiten auf der An- bzw. Verordnung).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- das Katheterisieren der Harnblase nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. Hygieneanforderungen nicht eingehalten werden).

3.1.20 Ärztlich verordnete Maßnahme: Magensonde, Legen und Wechseln

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.21 Ärztlich verordnete Maßnahme: Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung der versorgten Person im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Medikamentengabe dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Medikamentengabe dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist ob
   - → das richtige Medikament in der richtigen Dosierung über den richtigen Applikationsweg zum richtigen Zeitpunkt verabreicht wurde,
   - → die verordneten Medikamente vorhanden und sachgerecht gelagert sind (die Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes ist dabei auf entsprechende Informationen und Hinweise begrenzt),
   - → im Falle einer Bedarfsmedikation die auslösenden Symptome beschrieben sind und eindeutige Dosierungshinweise vorliegen (bei Nicht-Vorliegen sollte erkennbar eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt sein),
   - → ob Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Medikamente nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung gerichtet worden sind,
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. bei gesundheitlichen Reaktionen auf die Medikation, fehlenden Angaben zur Anwendung, unvollständiger Bezeichnung des Medikaments oder Wirkstoffs, fehlenden Angaben zur Dosierung, Häufigkeit oder tageszeitlicher Zuordnung),
- die verordneten Medikamente nicht vorhanden und sachgerecht gelagert sind (die Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes ist dabei auf entsprechende Informationen und Hinweise begrenzt).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Medikation nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurde (z. B. die Dosierung nicht der ärztlichen An- bzw. Verordnung entsprechen),
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. bei kognitiv beeinträchtigten Personen keine ausreichende Hilfestellung bei der Einnahme/Applikation der Medikation erhalten, obwohl sie darauf angewiesen sind oder Medikamente verwendet wurden, die das Haltbarkeitsdatum überschritten haben).

3.1.22 Ärztlich verordnete Maßnahme: Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist ob
   - die zur Sanierung vorgesehenen Maßnahmen wie die Applikation antibakterieller Nasensalbe oder antiseptischen Gels, Mund- und Rachenspülungen mit aseptischen Lösungen oder die Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen sachgerecht durchgeführt werden und
   - ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut bei der Umsetzung der Maßnahmen beachtet werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.23 Ärztlich verordnete Maßnahme: Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. fehlende Angaben zur Kontrolle der Durchgängigkeit oder zum Wechsel der Schutzauflage).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die Versorgung der perkutanen endoskopischen Gastrostomie nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. Hygieneanforderungen).

3.1.24 Ärztlich verordnete Maßnahme: Stomabehandlung

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
Hinweise dazu finden sich u. a. im Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Wundversorgung eines Stomas dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Wundversorgung eines Stomas dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation vorliegt, die Aussagen zur Wunddiagnose, -lokalisation, -dauer, Wundgröße, Wundgeruch, Wundrand und -umgebung enthält. Zudem sollte beurteilt werden, ob bei der Einschätzung Fragen zum Exsudat, zu möglichen Entzündungszeichen und zu wund- oder wundnahem Schmerz berücksichtigt wurden,
   - ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
   - ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt aufgenommen wird,
   - ob die Wundversorgung nach hygienischen Maßstäben erfolgt.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. fehlende Angaben zur Versorgung des Stomas).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die Stomabehandlung nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (Hygieneanforderungen).

3.1.25 Ärztlich verordnete Maßnahme: Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage, zur Art der Tracheostomaanlage, zum Kanülentyp und zur Kanülengröße sowie alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel vorliegen,
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung) vorliegen und wer den Kanülenwechsel durchführt,
- gegebenenfalls regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert werden,
- zusätzlich zur erforderlichen Reserve-Trachealkanüle in gleicher Größe eine kleinere Trachealkanüle vorliegt, sowie im Notfall (z. B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Trachealkanüle) das Offenhalten des Tracheostomas gewährleistet ist (z. B. mittels Trachealspreizer).

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. Angaben über die Häufigkeit und Art des Trachealkanülenwechsels, Vorgaben zur Cuffdruckmessung).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- der Wechsel der Trachealkanüle nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (z. B. Reinigung und Pflege, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Hygieneanforderungen oder der Cuffdruck nicht der ärztlichen An- bzw. Verordnung entspricht),
- die für den Notfall erforderlichen Hilfsmittel nicht vorhanden sind (z. B. Reserve-Trachealkanüle in gleicher und kleinerer Größe, Halteband, Trachealspreizer).

3.1.26 Ärztlich verordnete Maßnahme: Venenkatheter, Pflege des zentralen

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Pflege des zentralen Venenkatheters dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Pflege des zentralen Venenkatheters dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - → 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 und
   - → bei Anzeichen einer lokalen Entzündung die Ärztin oder der Arzt informiert und die Infusion abgestellt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. bei Anzeichen einer lokalen Entzündung).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die Pflege des zentralen Venenkatheters nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- bei der Pflege des zentralen Venenkatheters die Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt werden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.27 Ärztlich verordnete Maßnahme: Wundversorgung einer akuten Wunde

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
Hinweise dazu finden sich im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Wundversorgung dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Wundversorgung dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation vorliegt, die Aussagen zur Wunddiagnose, -lokalisation, -dauer, Wundgröße, Wundgeruch, Wundrand und -umgebung enthält. Zudem sollte beurteilt werden, ob bei der Einschätzung Fragen zum Exsudat, zu möglichen Entzündungszeichen und zu wund- oder wundnahem Schmerz berücksichtigt wurden,
   - ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
   - ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt aufgenommen wird und
   - ob die Wundversorgung nach hygienischen Maßstäben erfolgt.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. bei fehlenden Angaben zur Wundbehandlung oder bei Veränderungen der Wundsituation).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die Versorgung der akuten Wunde nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → Wundinfektionen aufgrund einer nicht fachgerechten Wundversorgung aufgetreten sind,
- → hygienische Kautelen bei der Wundversorgung nicht berücksichtigt werden,
- → weitergehende Aspekte (z. B. notwendige Anpassung relevanter Maßnahmen zur Behandlung der akuten Wunde), die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.28 Ärztlich verordnete Maßnahme: Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Erläuterungen zur allgemeinen Beschreibung
Hinweise dazu finden sich im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Wundversorgung dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.
2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.
3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Wundversorgung dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob
   - → eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation vorliegt, die Aussagen zur Wunddiagnose, -lokalisation, -dauer, Wundgröße, Wundgeruch, Wundrand und -umgebung enthält. Zudem sollte beurteilt werden, ob bei der Einschätzung Fragen zur Rezidivzahl, zum Exsudat, zu möglichen Entzündungszeichen und zu wund- oder wundnahem Schmerz berücksichtigt wurden,
   - → ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
   - → ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt aufgenommen wird und
   - → ob die Wundversorgung nach hygienischen Maßstäben erfolgt.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt (z. B. fehlende Angaben zur Wundbehandlung oder bei Veränderungen der Wundsituation).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- die Versorgung der chronischen Wunde oder des Dekubitus nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurde,
- Wundinfektionen aufgrund einer nicht fachgerechten Wundversorgung aufgetreten sind,
- hygienische Kautelen bei der Wundversorgung nicht berücksichtigt werden,
- Prinzipien der lokalen Druckentlastung bzw. der Kompression nicht umgesetzt werden,
- weitergehende Aspekte (z. B. notwendige Anpassung relevanter Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunde), die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.29 Ärztlich verordnete Maßnahme: An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen – Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → wesentliche Aspekte gemäß dem aktuellen Stand des Wissens nicht berücksichtigt sind,
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-verbänden nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören bzw. die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden (Hautdefekte, die aufgrund einer nicht fachgerechten Durchführung der Maßnahme entstanden sind, wie zum Beispiel durch einen nicht faltenfrei angelegten Kompressionsverband).

3.1.30 Ärztlich verordnete Maßnahme: An- oder Ablegen von stützenden oder stabilisierenden Verbänden

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.1.31 Ärztlich verordnete Maßnahme: An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die An- bzw. Versorgung der ärztlichen An- bzw. Verordnung bzw. der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. **Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der ambulante Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die An- bzw. Verordnung betreffende Sachverhalte mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige An- bzw. Verordnungen, für die der ambulante Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. **Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. **Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte,
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurden,
- → weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.2 Außerklinische Intensivpflege

Qualitätsaussage

Die ambulante außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, die Patienten- und Versorgungssicherheit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung nach Maßgabe des individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Sie dient auch der Verbesserung der Lebensqualität und ist auf individuelle, personenzentrierte Pflege- und Therapieziele wie die Sicherstellung von Vitalfunktionen, die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Bei beatmeten oder nicht beatmeten trachealkanülierten Personen besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht invasive Beatmung. Die außerklinische Intensivpflege umfasst auch die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung über außerklinische Intensivpflege und gegebenenfalls weiterer An- bzw. Verordnungen entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: *[Freitext]*

Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege erbracht? *[Freitext]*

Vertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung außerklinischer Intensivpflege: *[Freitext]*

Erläuterungen zur Informationserfassung

Die Informationserfassung beinhaltet drei wichtige Aspekte:

1) **Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung über außerklinische Intensivpflege und gegebenenfalls weiterer An- bzw. Verordnungen entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:**
   Da die ärztliche An- bzw. Verordnung Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege in hohem Maße definiert, ist sie im Rahmen der Informationserfassung detailliert zu erfassen. Da im Verlauf der Prüfung zu beurteilen ist, inwieweit die Intensivpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wird, ist die Erfassung des Inhalts der An- bzw. Verordnung besonders wichtig.
   Bei der außerklinischen Intensivpflege handelt es sich im Regelfall um eine umfassende Versorgung, die auch Leistungen einschließt, die unter anderen Rahmenbedingungen gesondert verordnet werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann es auch bei außerklinischer Intensivpflege ergänzende An- bzw. Verordnungen häuslicher Krankenpflege geben. In diesem Fall sind auch die Inhalte dieser weiteren ärztlichen An- bzw. Verordnungen zu dokumentieren.

2) **Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege erbracht?**
   Hier sind sämtliche Pflegemaßnahmen zu erfassen, die als Bestandteil der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der individuellen Pflegeplanung schriftlich fixiert sind. Dies können auch Maßnahmen sein, die, wie beispielsweise Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, im Einzelfall eher auf einen *allgemeinen* Pflegebedarf und weniger auf einen *spezifischen intensivpflegerischen* Bedarf zugeschnitten sind.

3) **Vertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung außerklinischer Intensivpflege:**
   Die im Einzelfall geltenden, vertraglich geregelten Anforderungen an die Leistungserbringung sind ebenfalls zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere für die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die außerklinische Intensivpflege durchführen.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die ambulante außerklinische Intensivpflege der ärztlichen An- bzw. Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkasse entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur An- bzw. Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin oder dem Arzt erfolgt. Darüber hinaus sind die Aufnahme/Übernahme der versorgten Person, der Umgang mit Gefährdungen und Notfallsituationen sowie die Information und Anleitung von An- und Zugehörigen Gegenstand der Prüfung. Zu prüfen ist außerdem, ob die vertraglich erforderlichen Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorhanden sind und die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Fachkraft gewährleistet ist.

Leitfragen

1. Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt? (Dies ist nur dann zu prüfen, wenn eine Aufnahme oder Übernahme innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte).

2. Reagiert der Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und ist er auf Notfälle vorbereitet?

3. Wird ambulante außerklinische Intensivpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

4. Ist eine regelmäßige Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

5. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur außerklinischen Intensivpflege?

6. Entspricht die ambulante außerklinische Intensivpflege dem aktuellen Stand des Wissens?

7. Erfolgen Information und Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung von Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?

8. Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt?**
   Dies ist nur dann zu prüfen, wenn die Aufnahme bzw. Übernahme der versorgten Person innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte.
   Es ist zu prüfen, ob die Informationssammlung zu Beginn oder nach Unterbrechung der außerklinischen Intensivpflege strukturiert erfolgte und somit gewährleistet ist, dass die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation für die Planung und Vereinbarung erforderlicher und angemessener Maßnahmen vorliegen. Angesprochen sind damit Informationen über medizinische Diagnosen, den Medikamentenplan, bei beatmeten Personen eine Einschätzung zum Weaningpotenzial sowie Informationen zum bisherigen Versorgungsverlauf.
   Der ambulante Pflegedienst ist nicht für die Qualität und inhaltliche Präzision der ärztlichen An- bzw. Verordnung verantwortlich. Im Fall einer unvollständigen oder unverständlichen An- bzw. Verordnung sollte jedoch erkennbar sein, dass sich der ambulante Pflegedienst um eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt zur Klärung offener Fragen bemüht hat.
   Ein wichtiger Bestandteil der Aufnahme oder Übernahme sind die Einbeziehung der Sichtweisen und Vorstellungen der versorgten Person und gegebenenfalls ihrer An- und Zugehörigen. Zu prüfen ist, ob sie die Gelegenheit hatten, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und ob diese in der Planung berücksichtigt wurden.

2. **Reagiert der ambulante Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und ist er auf Notfälle vorbereitet?**
   Die Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege geht mit bestehenden gesundheitlichen Gefährdungen einher. Der Eintritt von Notfallsituationen ist nicht unwahrscheinlich. Zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls welche Vorkehrungen der ambulante Pflegedienst getroffen hat, wenn er durch die Angaben über medizinische Diagnosen auf der An- bzw. Verordnung, die regelmäßige Präsenz in der häuslichen Umgebung, durch die Kommunikation mit der versorgten Person und ihren An- und Zugehörigen, durch Beobachtungen während der Pflege oder durch die Informationserfassung zu Beginn der außerklinischen Intensivpflege Kenntnis über möglicherweise bestehende Risiken und Gefahren in der außerklinischen Intensivpflegesituation erhalten hat.
   Gemeint sind nur diejenigen Risiken und Gefahren, die über die genannten Wege wahrgenommen wurden, nicht alle grundsätzlich möglichen Risiken im Rahmen einer pflegerischen Versorgung. Hinzu kommen gegebenenfalls *offenkundige* Risiken und Gefahren, d.h. Sachverhalte, die die Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierzu gesonderte Einschätzungen vornehmen zu müssen. Dies sind Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation der versorgten Person ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

3. **Wird die außerklinische Intensivpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**
   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich. Auf Basis der verschiedenen weiteren Informationsquellen ist zu prüfen, ob Inhalt und Umfang der durchgeführten Maßnahmen der An- bzw. Verordnung und gegebenenfalls im Rahmen von Hausbesuchen der verordnenden Ärztin bzw. des verordnenden Arztes vorgenommenen Anordnungen entsprechen.

4. **Ist eine regelmäßige Kommunikation mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt erkennbar?**
   Die AKI-Richtlinie sieht für die außerklinische Intensivpflege eine gute Zusammenarbeit mit und Information der verordnenden Ärztin bzw. des verordnenden Arztes vor. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob und in welcher Form der ambulante Pflegedienst bei gesundheitlichen Veränderungen oder bei Veränderungen der Pflegesituation, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken könnten, zur verordnenden Ärztin bzw. zum verordnenden Arzt Kontakt aufnimmt und in eine Kommunikation über Entwicklungen der außerklinischen Intensivpflege eintritt.

5. **Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur außerklinischen Intensivpflege?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die Versorgung den jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Verträgen nach § 132l Absatz 5 SGB V entspricht. Insbesondere ist zu beurteilen, ob die außerklinische Intensivpflege von Personen durchgeführt wird, die über die vertraglich vereinbarten Qualifikationen verfügen.

6. **Entspricht die außerklinische Intensivpflege dem aktuellen Stand des Wissens?**
   Die Prüferinnen oder Prüfer haben zu beurteilen, ob die Versorgung in den folgenden Bereichen dem aktuellen Stand des Wissens unter Berücksichtigung etwaiger besonderer Anforderungen im Einzelfall entspricht:
   - die spezielle Überwachung des Gesundheitszustands und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen,
   - die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement,
   - das Sekretmanagement,
   - das Dysphagiemanagement,
   - die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts,
   - die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten,
   - den Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nichtinvasiven Beatmung,
   - die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern,
   - die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements,
   - relevante Inhalte der Medizinprodukte-Betreiberverordnung umgesetzt werden.

   Hinweise zum aktuellen Stand des Wissens finden sich in entsprechenden Leitlinien oder Standards in der jeweils aktuellen Fassung (z. B. Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen in der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO)).

7. **Erfolgen Information und Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung von Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?**
   Vor der Information, Anleitung und Beratung sollte eine Einschätzung der Ausgangslage bei den An- und Zugehörigen des durch ambulante außerklinische Intensivpflege versorgte Personen erfolgt sein. Dazu gehört eine Einschätzung der individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens sowie die Einschätzung vorhandener pflegerelevanter Fähigkeiten. Bei längerem Pflegeverlauf ist zu beurteilen, ob Veränderungen in der Versorgungskompetenz der An- und Zugehörigen festzustellen sind.

8. **Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht?**
   Die außerklinische Intensivpflege umfasst in der Regel weitere pflegerische Maßnahmen, die im Tagesverlauf erforderlich und als solche Teil der Maßnahmenplanung sind. Zu prüfen ist, ob die im Rahmen der Maßnahmenplanung geplanten und vereinbarten Maßnahmen, zum Beispiel zur Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme oder zur Unterstützung bei der Fortbewegung, dem individuellen Bedarf entsprechen und tatsächlich durchgeführt wurden.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht für alle Aspekte der außerklinischen Intensivpflege, die im Maßnahmenplan aufgeführt sind, kontinuierlich ein Durchführungsnachweis (für Behandlungspflege, Dekubitusprophylaxe und gegebenenfalls weitere individuell festgelegte Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements) vorliegt, die Maßnahmen jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden und dem individuellen Bedarf der versorgten Person entsprechen.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise
- → im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt erfolgt,
- → die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt,
- → der ambulante Pflegedienst nicht auf bestehende Risiken (z. B. Dekubitus-, Sturz-, Ernährungs-, Pneumonie-Risiko) und Gefahren (z. B. Erschöpfungsgefahr beim Weaning, Beatmungsgerät nicht an primärer Stromversorgung) in der Pflegesituation reagiert oder
- → keine über den Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung hinausgehende pflegefachliche Einschätzung des Pflegebedarfs zu Beginn der Pflegeübernahme stattgefunden hat,

diese aber keine gesundheitliche Konsequenz für die versorgte Person hatte und die Durchführung der Pflege dem individuellen Bedarf entsprach.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die außerklinische Intensivpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurde, zum Beispiel wenn Maßnahmen nicht durchgeführt wurden in Bezug auf formulierte Therapieziele, erforderliche Bewertungen von Vitalparametern oder hinsichtlich eines bestehenden Weaningpotenzials oder
- durch eine unsachgemäße Nutzung von Beatmungsgeräten oder anderen Geräten vermeidbare Belastungen oder andere negative Folgen für die versorgte Person entstanden sind.

3.3 Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Qualitätsaussage

Psychiatrische häusliche Krankenpflege trägt dazu bei, psychisch erkrankte Menschen zu stabilisieren, damit sie das Leben im Alltag sowie krankheits- und therapiebedingte Anforderungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen können. Sie unterstützt den erkrankten Menschen bei der Bewältigung von Krisensituationen und bei der Entwicklung oder Erhaltung der Kompetenzen, die zur Aufrechterhaltung des Lebensalltags und zur Teilnahme am sozialen Leben erforderlich sind. Dabei wird das soziale Umfeld der versorgten Personen systematisch einbezogen. Dies umfasst auch die Anleitung und Beratung der relevanten Bezugspersonen des erkrankten Menschen, um ihre Kompetenz im Umgang mit dessen Erkrankung zu verbessern. Psychiatrische häusliche Krankenpflege findet in vernetzten Behandlungsstrukturen statt und erfordert daher eine Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten. Dies schließt die Zusammenarbeit beim Übergang der versorgten Personen aus dem Krankenhaus oder aus anderen institutionellen Versorgungsformen in die häusliche Umgebung mit ein.

◯ entfällt

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege: *[Freitext]*

Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erbracht? *[Freitext]*

Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege: *[Freitext]*

Erläuterungen zur Informationserfassung

1) **Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege:**
   Da die ärztliche An- bzw. Verordnung Inhalt und Umfang der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in hohem Maße definiert, ist sie im Rahmen der Informationserfassung detailliert zu erfassen. Da im Verlauf der Prüfung zu beurteilen ist, inwieweit die Pflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wird, ist die Erfassung des Inhalts der An- bzw. Verordnung sehr wichtig. Dies gilt auch und besonders für den ärztlichen Behandlungsplan, aus dem sich zentrale Anforderungen bei der Durchführung der psychiatrischen Pflege ableiten.
   Erhält die versorgte Person durch den ambulanten Pflegedienst weitere ärztlich verordnete Leistungen, so sind diese nicht an dieser Stelle zu erfassen, sondern mit einem gesondert zu bearbeitenden Bogen, der für die allgemeine ambulante Pflege vorgesehen ist.

2) **Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erbracht?**
   Hier sind die Pflegemaßnahmen zu erfassen, die als Bestandteil der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im Rahmen der individuellen Pflegeplanung schriftlich fixiert sind. Dies können auch Maßnahmen sein, die – wie beispielsweise Hilfen bei der Nahrungsaufnahme – im Einzelfall eher auf einen *allgemeinen Pflegebedarf* und weniger auf einen *spezifischen psychiatrischen* Bedarf zugeschnitten sind.
   Parallel erbrachte Leistungen nach dem SGB XI, die gegebenenfalls auch in der Maßnahmenplanung aufgeführt werden, sind nicht an dieser Stelle zu erfassen, sondern in den entsprechenden Qualitätsbereichen.

3) **Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:**
   Die im Einzelfall geltenden, vertraglich geregelten Anforderungen an die Leistungserbringung sind ebenfalls zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere für die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die psychiatrische häusliche Krankenpflege der ärztlichen An- bzw. Verordnung und dem damit verknüpften Behandlungsplan entspricht, ob die durchgeführten Maßnahmen dem Bedarf der versorgten Person gerecht werden, und ob bei Bedarf eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt erfolgt. Darüber hinaus sind die Aufnahme/Übernahme der versorgten Person, der Umgang mit Gefährdungen und Krisensituationen sowie die Information und Anleitung von An- und Zugehörigen Gegenstand der Prüfung. Zu prüfen ist außerdem, ob die vertraglich erforderlichen Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorhanden sind und die im Einzelfall gegebenenfalls geforderte Kooperation mit anderen an der Versorgung beteiligten Personen oder Institutionen gewährleistet ist.

Leitfragen

1. Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt? (Dies ist nur dann zu prüfen, wenn eine Aufnahme oder Übernahme innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte.)

2. Reagiert der ambulante Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und auftretende Krisensituationen?

3. Wird die psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

4. Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht? Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung der Kompetenz zur Alltagsbewältigung und der Pflegeakzeptanz durchgeführt?

5. Erfolgen Anleitung und Beratung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?

6. Ist bei Bedarf eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt und gegebenenfalls weiteren Beteiligten erkennbar?

7. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?

Erläuterungen zu den Leitfragen

1. **Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt?**
   Dies ist nur dann zu prüfen, wenn die Aufnahme bzw. Übernahme der versorgten Person innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte.
   Es ist zu prüfen, ob die Informationssammlung zu Beginn oder nach Unterbrechung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege strukturiert erfolgte und somit gewährleistet ist, dass die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation für die Planung und Vereinbarung erforderlicher und angemessener Maßnahmen vorliegen. Angesprochen sind damit insbesondere Informationen über Beeinträchtigungen und vorhandene Ressourcen, Krisenepisoden in den Wochen vor Auf-/Übernahme der versorgten Person, den ärztlichen Behandlungsplan und Therapieziele, das für die psychiatrische häusliche Krankenpflege besonders wichtige soziale Umfeld der versorgten Person und gegebenenfalls weitere an der Versorgung beteiligte Personen oder Einrichtungen.
   Der ambulante Pflegedienst ist nicht für die Qualität und inhaltliche Präzision der ärztlichen An- bzw. Verordnung verantwortlich. Im Fall einer unvollständigen oder unverständlichen An- bzw. Verordnung sollte jedoch erkennbar sein, dass sich der ambulante Pflegedienst um eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt zur Klärung offener Fragen bemüht hat.
   Ein wichtiger Bestandteil der Aufnahme oder Übernahme sind die Einbeziehung der Sichtweisen und Vorstellungen der versorgten Person und gegebenenfalls ihrer An- und Zugehörigen. Zu prüfen ist, ob sie die Gelegenheit hatten, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und ob diese in der Planung berücksichtigt wurden.

2. **Reagiert der ambulante Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und auftretende Krisensituationen?**
   Psychische Erkrankungen gehen häufig mit gesundheitlichen Gefährdungen und mehr oder weniger regelmäßig auftretenden Krisensituationen einher. Zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls welche Vorkehrungen der ambulante Pflegedienst getroffen hat, wenn er durch die Angaben über medizinische Diagnosen auf der An- bzw. Verordnung, durch die Kommunikation mit der versorgten Person und ihren An- und Zugehörigen, durch Beobachtungen während der Pflege oder durch die Informationserfassung zu Beginn der Pflegebeziehung Kenntnis über möglicherweise bestehende gesundheitliche Risiken erhalten hat.

Gemeint sind nur diejenigen Risiken und Gefahren, die über die genannten Wege wahrgenommen wurden, nicht alle grundsätzlich möglichen Risiken im Rahmen einer pflegerischen Versorgung. Hinzu kommen gegebenenfalls *offenkundige* Risiken und Gefahren, d.h. Sachverhalte, die die Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierzu gesonderte Einschätzungen vornehmen zu müssen. Dies sind Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation der versorgten Person ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Reaktion des ambulanten Pflegedienstes auf Krisensituationen. Zu erwarten ist, dass im Falle immer wieder auftretender, psychisch bedingter Krisensituationen zeitnah Hilfestellungen zur Bewältigung dieser Situationen angeboten werden und versucht wird, gemeinsam mit der versorgten Person, eventuell unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, Handlungsstrategien zu entwickeln, die die Belastungen durch Krisen mindern oder den Umgang der versorgten Person oder ihrer An- und Zugehörigen mit Krisensituationen erleichtern.

3. **Wird die psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?**

   Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich, die auch einen Behandlungsplan beinhaltet. Auf Basis der verschiedenen weiteren Informationsquellen ist zu prüfen, ob Inhalt und Umfang der durchgeführten Maßnahmen der An- bzw. Verordnung und dem Behandlungsplan entsprechen.

4. **Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht? Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung der Kompetenz zur Alltagsbewältigung und der Pflegeakzeptanz durchgeführt?**

   Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann im konkreten Fall sehr unterschiedliche Maßnahmen umfassen. Maßgeblich für das Spektrum der tatsächlich geleisteten Hilfen sind neben dem ärztlichen Behandlungsplan und der vorliegenden Erkrankung die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der versorgten Person, die Dauer der Pflegebeziehung, die Art und Häufigkeit des Auftretens von Krisensituationen und verschiedene weitere Faktoren.

   Die Prüferinnen und Prüfer müssen sich zur Bearbeitung dieser Leitfrage daher zunächst ein Bild darüber machen, worin der vordringliche Bedarf der versorgten Person besteht und welche Versorgungsziele aus dem ärztlichen Behandlungsplan, aus den Absprachen zwischen ambulantem Pflegedienst und versorgter Person (ggf. auch zwischen ambulantem Pflegedienst und wichtigen Bezugspersonen) sowie aus der fachlichen Einschätzung des ambulanten Pflegedienstes abzuleiten sind.

Zu prüfen ist auf dieser Grundlage, ob die geplanten und durchgeführten Maßnahmen *grundsätzlich* geeignet sind, diesen Versorgungszielen näher zu kommen. Dabei ist zu beachten, dass im Rahmen des Hausbesuchs nur ein vergleichsweise oberflächlicher Einblick in die komplexe Pflegesituation bei psychiatrischer Pflege gewonnen werden kann. Je nach Bedarfskonstellation können Hilfen beispielsweise folgende Maßnahmen umfassen:

- Maßnahmen zum Aufbau oder zur Aufrechterhaltung der Pflegebeziehung (Pflegeakzeptanz)
- Maßnahmen zur zeitnahen Bewältigung von Krisensituationen
- Hilfen zur Entwicklung von Handlungsstrategien zur Vermeidung von Krisensituationen
- Maßnahmen zur Förderung der Kompetenz zur Alltagsbewältigung und zur Kommunikation
- Maßnahmen zur Förderung der Kompetenz im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- Orientierungsfördernde Maßnahmen, Hilfen zur Tages- und Wochenstrukturierung
- Psychoedukative Maßnahmen
- Hilfen bei der Kontaktaufnahme zu bzw. bei der Kommunikation mit anderen versorgungsbeteiligten Einrichtungen

5. **Erfolgen Anleitung und Beratung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?**
   Anleitung und Beratung der An- und Zugehörigen können im Einzelfall einen wichtigen Stellenwert für die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und der allgemeinen Lebenssituation der versorgten Person besitzen. Zu prüfen ist, inwieweit entsprechende Personen im sozialen Umfeld – dies wird in der Regel das Wohnumfeld sein – verfügbar sind, bei denen Bereitschaft und Möglichkeiten bestehen, die versorgte Person im Alltag zu unterstützen und die mit Hilfe von Anleitung und Beratung die dazu erforderlichen Kompetenzen entwickeln bzw. verbessern können. Zu prüfen ist ferner, ob der ambulante Pflegedienst unter diesen Voraussetzungen in Form von Anleitung und Beratung der betreffenden Bezugspersonen mit dem Ziel der Kompetenzförderung tätig wird.
   Es ist allerdings im Einzelfall zu prüfen, in welcher Beziehung die in Betracht kommenden Bezugspersonen zur versorgten Person stehen und ob damit die Voraussetzungen für eine wirksame Unterstützung gegeben sind. Schematische Annahmen wären hier fehl am Platz.
   Vor Beginn der Anleitung und Beratung sollte vor diesem Hintergrund eine Einschätzung der Ausgangslage bei den An- und Zugehörigen erfolgt sein.

6. **Ist bei Bedarf eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt und gegebenenfalls weiteren Beteiligten erkennbar?**
   Die HKP-Richtlinie und die vorliegenden Rahmenempfehlungen sehen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege eine gute Zusammenarbeit mit und Information der verordnenden Ärztin bzw. des verordnenden Arztes vor. Außerdem wird eine Bereitschaft des ambulanten Pflegedienstes zur Kooperation mit anderen beteiligten Personen oder Institutionen erwartet, die zum Beispiel auch die Beteiligung an Fallbesprechungen umfassen kann. Zu beurteilen ist daher, ob der ambulante Pflegedienst bei gesundheitlichen Veränderungen oder bei Veränderungen der Pflegesituation zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt Kontakt aufnimmt und auch andere Einrichtungen, die an der Versorgung beteiligt sind, über wichtige, für deren Hilfen relevante Veränderungen informiert.
7. **Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob die Versorgung den jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Verträgen nach § 132a Absatz 4 SGB V entspricht. Insbesondere ist zu beurteilen, ob die Pflege von Personen durchgeführt wird, die über die vertraglich vereinbarten Qualifikationen verfügen.

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite

A) Keine Auffälligkeiten

○

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht für alle Aspekte der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, die im Maßnahmenplan aufgeführt sind, kontinuierlich ein Durchführungsnachweis vorliegt, die Maßnahmen jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden und dem individuellen Bedarf der versorgten Person entsprechen.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt erfolgt,
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt,
- der ambulante Pflegedienst nicht auf bestehende Risiken und Gefahren in der Pflegesituation reagiert oder
- keine Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung beteiligten Institutionen erfolgt (z. B. keine Teilnahme an Fallbesprechungen),

dies aber nicht zu einer gesundheitlichen Belastung oder Schädigung der versorgten Person führte und die Durchführung der Pflege dem individuellen Bedarf entsprach.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die psychiatrische häusliche Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt wurde, zum Beispiel wenn keine Maßnahmen in Bezug auf formulierte Therapieziele durchgeführt wurden oder
- keine Unterstützung zur zeitnahen Bewältigung von Krisensituationen erfolgt (z. B. keine Handlungsstrategien entwickelt wurden, die den Umgang mit Krisensituationen erleichtern).

Qualitätsbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Die Beurteilung der Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 4 erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

4.1 Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen

Qualitätsaussage

Die Arbeit des ambulanten Pflegedienstes ist mit den in die Pflege involvierten An- und Zugehörigen der versorgten Person abgestimmt und koordiniert.

◯ entfällt

Allgemeine Beschreibung

Zu erfassen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den An- und Zugehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.

Leitfragen

1. Wurden Gespräche mit den An- und Zugehörigen über die Pflegesituation geführt?

2. Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?

3. Wurde auf die Wünsche der An- und Zugehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?

Erläuterungen zu den Leitfragen

Der größte Teil der ambulanten pflegerischen Versorgung wird häufig durch An- und Zugehörige der versorgten Person übernommen. Die Kommunikation und Abstimmung mit den An- und Zugehörigen der versorgten Person ist daher ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Pflege. Dort, wo An- und Zugehörige in die Pflege einbezogen sind, ist sie unabdingbar. Eine Abstimmung über eine sinnvolle Aufteilung und ein Austausch über Beobachtungen zwischen An- und Zugehörigen und dem ambulanten Pflegedienst ist daher empfehlenswert. Auch die unterstützende und lobende Bestätigung der Arbeit der An- und Zugehörigen ist in vielen Situationen angemessen. Im Rahmen der Prüfung erhalten auch die Prüferinnen und Prüfer einen Einblick in die Gesamtsituation. Ihre Aufgabe ist es, ihre Beobachtungen zur Rolle und Situation der An- und Zugehörigen in den besuchten Haushalten im Gespräch mit dem ambulanten Pflegedienst zu teilen und Anregungen zur Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen zu geben. Dazu gehört auch der Austausch zwischen Prüfteam und ambulanten Pflegedienst über bestehende Schwierigkeiten in der Pflegesituation, zum Beispiel im Hinblick auf Konflikte. In diesem Sinne kann die Prüfungssituation einen Beitrag zur Situationsklärung und zur gemeinsamen Überlegung von Handlungsmöglichkeiten leisten.
Die Intention der Aufnahme dieses Qualitätsaspekts besteht nicht darin, nach Defiziten in der Zusammenarbeit zu suchen und diese kritisch zu bewerten. Angesichts der sehr vielfältigen möglichen Pflegekonstellationen, auf deren Entstehung weder der ambulante Pflegedienst noch der Prüfdienst einen Einfluss haben, ließe sich eine solche Bewertung auch nur schwer begründen. Da die Rolle der An- und Zugehörigen jedoch einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der häuslichen Pflege hat, sollte sie auch Gegenstand des fachlichen Austauschs in der Prüfung sein. Im Rahmen der Prüfung geht es darum, über Möglichkeiten zu sprechen, die der ambulante Pflegedienst zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den An- und Zugehörigen ergreifen kann. Es sind Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.

1. **Wurden Gespräche mit den An- und Zugehörigen über die Pflegesituation geführt?**
   Zu erfassen ist, ob Gespräche über die Pflegesituation und die damit verbundenen Aufgaben sowie die gewünschte pflegerische Unterstützung geführt wurden.
2. **Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?**
   Bei dieser Frage geht es darum, ob aus dem Gespräch mit den An- und Zugehörigen über die Pflegesituation Vereinbarungen über die Zuständigkeit und Verteilung von Aufgaben und/oder die Durchführung zielgerichteter Pflegemaßnahmen während der Abwesenheit des ambulanten Pflegedienstes zwischen den An- und Zugehörigen und dem ambulanten Pflegedienst getroffen wurden.
3. **Wurde auf die Wünsche der An- und Zugehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?**
   Es ist zu erfassen, ob die An- und Zugehörigen die Gelegenheit hatten, ihre Vorstellungen zur Gestaltung der Pflegesituation darzulegen und ob diesen Vorstellungen entsprochen wurde bzw. welche Gründe dafür maßgeblich waren, die Vorstellungen der An- und Zugehörigen nicht zu berücksichtigen.

Auffälligkeiten

[Freitext]

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Qualitätsaussage

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes reagieren im Rahmen von Beratungsgesprächen sensibel auf Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung versorgter Personen. Sie streben an, in gravierenden Fällen Hilfen zur Begleitung der häuslichen Versorgung zu mobilisieren.

◯ entfällt

Allgemeine Beschreibung

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht nicht die Qualitätsbewertung, sondern die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Leitfragen

1. Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?

2. Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden gegebenenfalls ergriffen?

3. Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?

Erläuterungen zu den Leitfragen

Bei der Bearbeitung der Leitfragen geht es darum, Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.

1. **Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?**
   Zu beurteilen ist, ob Anzeichen der Gefährdung durch Gewaltanwendungen wie Misshandlungen (körperlich/psychisch), Vernachlässigung (pflegerisch/emotional/psychosozial) oder vermeidbare Einschränkungen der Freiheit, Handlungs- und Entscheidungsautonomie bei der versorgten Person wahrgenommen worden sind.
2. **Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden gegebenenfalls ergriffen?**
   Im Fachgespräch soll erörtert werden, ob und welche Reaktionen die Feststellung von Anzeichen für Gewalt, Unterversorgung oder Vernachlässigung nach sich gezogen hat.
3. **Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?**
   Ebenfalls im Fachgespräch soll erörtert werden, welche Fragen und Unsicherheiten im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung bestehen. Diese können direkt im Fachgespräch oder im Abschlussgespräch als Anlass zur Beratung durch den Prüfdienst aufgegriffen werden.

Auffälligkeiten

[Freitext]

Allgemeine Anmerkungen zur Prüfung

[Freitext]

Abrechnungsprüfung

Allgemeine Hinweise

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

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

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Legende/Antwortoptionen:

t. n. z. = trifft nicht zu

A.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

		ja	nein
A.1.1	**Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?**	◯	◯
	Freitext:		

Erläuterung zur Prüffrage A.1.1:
Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn ein schriftlicher vom ambulanten Pflegedienst und von der versorgten Person unterschriebener Vertrag vorliegt, dieser die tatsächlich zu erbringenden Leistungen enthält und die daraus resultierenden Kosten ausweist.

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

		t. n. z.
A.1.2	**Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum**	◯
	Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
	Freitext:	

Erläuterung zur Prüffrage A.1.2:
Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, diese beinhalten nach Möglichkeit ein Wochenende oder zwei Feiertage.

A.1.3	**Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?**
	◯ keine
	Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.3:
Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

A.1.4	Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?

◯ keine

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.4:
Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für die ausgewählten Betrachtungstage zu beantworten.

		ja	nein	t. n. z.
A.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Leistung gar nicht erbracht

◯ Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht

◯ Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht

◯ Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein

◯ Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der An- und Zugehörigen stimmen nicht überein

◯ Fehlende Handzeichen

◯ Sonstige Gründe. Welche?:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.5:
Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

		ja	nein	t. n. z.
A.1.6	**Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Abrechnungsausschlüsse missachtet

◯ Leistung nicht vollständig erbracht

◯ Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet

◯ Qualifikationsanforderungen unterlaufen

◯ Sonstige Gründe. Welche?:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.6:
Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen im geprüften Abrechnungszeitraum, Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, gegebenenfalls Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind zu beachten.

		t. n. z.
A.1.7	**Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum**	◯

Geprüfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.7:
Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, diese beinhalten nach Möglichkeit ein Wochenende oder zwei Feiertage.

A.1.8	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
	◯ keine
	Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.8:
Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

A.1.9	Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
	◯ keine
	Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.9:
Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für den geprüften Abrechnungszeitraum zu beantworten. Zu prüfen ist die Abrechnung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, die als Sachleistung nach § 36 SGB XI erbracht worden sind.

		ja	nein	t. n. z.
A.1.10	**Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Leistung gar nicht erbracht

◯ Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht

◯ Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht

◯ Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/ Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein

◯ Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der An- und Zugehörigen stimmen nicht überein

◯ Fehlende Handzeichen

◯ Sonstige Gründe. Welche?:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.10:
Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

	ja	nein	t. n. z.
A.1.11 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten

◯ Leistung nicht vollständig erbracht

◯ Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten nicht eingehalten

◯ Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten

◯ Sonstige Gründe. Welche?:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.11:
Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen eines LK), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erstbesuch, landesspezifische Regelungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, gegebenenfalls Zeitvereinbarungen und Qualifikationsvereinbarungen sind zu beachten.

	t. n. z.
A.1.12 Die Prüfung der Abrechnungen für Hilfen bei der Haushaltsführung erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	◯

Geprüfter Abrechnungszeitraum:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.12:
Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, diese beinhalten nach Möglichkeit ein Wochenende oder zwei Feiertage.

A.1.13	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?
	◯ keine
	Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.13:
Die in Rechnung gestellten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben.

A.1.14	Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?
	◯ keine
	Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.14:
Die vereinbarten Leistungen sind im Freitext zu beschreiben. Sollte kein gültiger schriftlicher Pflegevertrag vorliegen, ist die Frage nach der Pflegedokumentation und den laut Leistungsnachweisen erbrachten Leistungen für die ausgewählten Betrachtungstage zu beantworten.

		ja	nein	t. n. z.
A.1.15	**Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Leistung gar nicht erbracht

◯ Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht

◯ Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht

◯ Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/ Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein

◯ Pflegedokumentation, Auskunft der versorgten Person, der Pflegeperson bzw. der An- und Zugehörigen stimmen nicht überein

◯ Fehlende Handzeichen

◯ Sonstige Gründe. Welche?:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.15:

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

		ja	nein	t. n. z.
A.1.16	**Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Abrechnungsausschlüsse nicht eingehalten

◯ Leistung nicht vollständig erbracht

◯ Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten nicht eingehalten

◯ Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten

◯ Sonstige Gründe. Welche?:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.1.16:

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

A.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V

A.2.1 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
◯	keine								
◯	1	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	verordnet						
			genehmigt						
◯	2	Ausscheidungen	verordnet	◯ Hilfe beim Ausscheiden					
				◯ Kontinenztraining, Toilettentraining					
			genehmigt	◯ Hilfe beim Ausscheiden					
				◯ Kontinenztraining, Toilettentraining					
◯	3	Ernährung	verordnet	◯ Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr					
				◯ Sondennahrung, Verabreichen von					
			genehmigt	◯ Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr					
				◯ Sondennahrung, Verabreichen von					
◯	4	Körperpflege	verordnet	◯ Duschen, Baden, Waschen					
				◯ Pflege einer Augenprothese					
				◯ Mundpflege als Prophylaxe					
				◯ An- und/oder Auskleiden					
			genehmigt	◯ Duschen, Baden, Waschen					
				◯ Pflege einer Augenprothese					
				◯ Mundpflege als Prophylaxe					
				◯ An- und/oder Auskleiden					

A.2.1 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
◯	5	Hauswirtschaftliche Versorgung	verordnet						
			genehmigt						
◯	6	Absaugen	verordnet	◯ Obere Luftwege Bronchialtoilette (Bronichallavage)					
			genehmigt	◯ 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	Blutzuckermessung	verordnet						
			genehmigt						
◯	11a	Interstitielle Glukosemessung	verordnet						
			genehmigt						
◯	12	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	verordnet						
			genehmigt						
◯	13	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	verordnet						
			genehmigt						
◯	14	Einlauf/Klistier/ Klysma und digitale Enddarmausräumung	verordnet						
			genehmigt						
◯	15	Flüssigkeitsbilanzierung	verordnet						
			genehmigt						

A.2.1 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
◯	16	Infusionen, i.v.	verordnet						
			genehmigt						
◯	16a	Infusionen, s.c.	verordnet						
			genehmigt						
◯	17	Inhalation	verordnet						
			genehmigt						
◯	18	Injektionen	verordnet	◯ i.v.					
				◯ i.m.					
				◯ s.c.					
			genehmigt	◯ i.v.					
				◯ i.m.					
				◯ s.c.					
◯	19	Injektionen, Richten von	verordnet						
			genehmigt						
◯	20	Instillation	verordnet						
			genehmigt						
◯	21	Kälteträger, Auflegen von	verordnet						
			genehmigt						
◯	22	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	verordnet						
			genehmigt						
◯	23	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	verordnet						
			genehmigt						
◯	25	Magensonde, Legen und Wechseln	verordnet						
			genehmigt						

A.2.1 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
◯	26	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	◯ richten					
				◯ verabreichen					
			genehmigt	◯ richten					
				◯ verabreichen					
◯	26a	Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	verordnet						
			genehmigt						
◯	27	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	verordnet						
			genehmigt						
◯	27a	Psychiatrische häusliche Krankenpflege	verordnet	◯ erarbeiten					
				◯ durchführen					
				◯ entwickeln					
			genehmigt	◯ erarbeiten					
				◯ durchführen					
				◯ entwickeln					
◯	28	Stomabehandlung	verordnet						
			genehmigt						
◯	29	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	verordnet						
			genehmigt						
◯	30	Venenkatheter, Pflege des zentralen	verordnet						
			genehmigt						
◯	31	Wundversorgung einer akuten Wunde	verordnet						
			genehmigt						

A.2.1 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
◯	31a	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	verordnet						
			genehmigt						
◯	31b	An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressions-strümpfen/ -strumpfhosen der Kompressionsklas-sen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsver-bandes	verordnet						
			genehmigt						
◯	31c	An- und Ablegen von stützenden und stabilisieren-den Verbänden zur unterstützenden Funktionssiche-rung der Gelenke z. B. bei Distor-sion, Kontusion, Erguss	verordnet						
			genehmigt						
◯	31d	An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehand-lung	verordnet						
			genehmigt						

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.2.1:
In der Tabelle sind die Leistungen anzugeben, die für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt waren.

Die Spalte „genehmigt“ ist jeweils nur auszufüllen, wenn die genehmigte Leistung bezüglich Inhalt, Häufigkeit oder Dauer von der „verordneten“ Leistung abweicht. Wenn die Genehmigung der Krankenkasse nicht vorliegt, ist dies im Freitext zu vermerken.

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.

		t. n. z.
A.2.2	**Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum**	○
	Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
	Freitext:	

Erläuterung zur Prüffrage A.2.2:
Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, diese beinhalten nach Möglichkeit ein Wochenende oder zwei Feiertage.

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

		ja	nein	t. n. z.
A.2.3	**Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ 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 A.2.3:
Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

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

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

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

		ja	nein	t. n. z.
A.2.4	**Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß der HKP-Richtlinie in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ 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 A.2.4:

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-Richtlinie (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 Pflegefachpersonen), Hausbesuchspauschalen (z. B. Abschläge für mehrere Personen im Haushalt / in Wohngemeinschaften / im betreuten Wohnen), Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch, Fahrtkostenregelungen und gegebenenfalls 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.

		t. n. z.
A.2.5	**Die Prüfung der Abrechnungen für Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a SGB V erstreckt sich auf folgenden Zeitraum**	◯
	Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
	Freitext:	

Erläuterung zur Prüffrage A.2.5:
Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, diese beinhalten nach Möglichkeit ein Wochenende oder zwei Feiertage.

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

		ja	nein	t. n. z.
A.2.6	**Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinie und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?**	◯	◯	◯
	Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich): ◯ Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht ◯ Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinie erbracht ◯ Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht ◯ hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht ◯ hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinie erbracht ◯ hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht ◯ Sonstige Gründe. Welche?:			
	Freitext:			

Erläuterung zur Prüffrage A.2.6:
Wenn in die Qualitätsprüfung einbezogene Personen mindestens köperbezogene 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-Richtlinie. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen und gegebenenfalls Zeitvereinbarungen sind zu beachten. Liegen bei der Prüfung einer privat versicherten Person keine gleichartigen, für die Abrechnungsprüfung relevanten Vertragsunterlagen zwischen dem Pflegedienst und der jeweiligen privaten Krankenversicherung vor, kann die Frage nicht beantwortet werden.

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-Richtlinie 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.

A.3 Abrechnungsprüfung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V

A.3.1 Verordnete und genehmigte Leistung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V				
			Zeitraum	
	verordnet	genehmigt	vom	bis
Stunden				
Tage pro Woche			TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ

	t. n. z.
A.3.2 Die Prüfung der Abrechnungen für außerklinische Intensivpflege erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	○
Geprüfter Abrechnungszeitraum:	
Freitext:	

		ja	nein	t. n. z.
A.3.3	**Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Leistung gar nicht erbracht

◯ Leistung nicht für die verordnete und genehmigte Anzahl an Stunden pro Tag erbracht

◯ Leistung nicht für die verordnete und 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 A.3.3:

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).

		ja	nein	t. n. z.
A.3.4	**Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachte außerklinische Intensivpflege vertragskonform gemäß § 132l Absatz 5 SGB V und gemäß der AKI-Richtlinie in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?**	◯	◯	◯

Wenn nein (Mehrfachnennungen möglich):

◯ Qualifikationsanforderungen nicht eingehalten

◯ Leistung war nicht erforderlich

◯ Sonstige Gründe. Welche?:

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.3.4:
Bezüglich der Qualifikationsanforderungen ist bei der versorgten Person zu prüfen, ob diese vertragskonform sind.

A.4 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung

Freitext:

Erläuterung zur Prüffrage A.4:
Bei dieser Prüffrage kann die Prüferin bzw. der Prüfer sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung im Freitext geben, die sich nicht durch die vorherigen Fragen zuordnen lassen.

Anlage 2

Prüfbogen B zur Beurteilung auf Einrichtungsebene zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

Prüfung auf Einrichtungsebene – Allgemeine Angaben

F.	Angaben zum ambulanten Pflegedienst	
1.	Auftragsnummer:	
2.	Name:	
3.	Straße:	
4.	PLZ/Ort:	
5.	Institutionskennzeichen (IK)	1. 2. 3. 4.
6.	Telefon:	
7.	Fax:	
8.	E-Mail:	
9.	Internetadresse:	
10.	Träger/Inhaber:	
11.	Trägerart	◯ privat ◯ freigemeinnützig ◯ öffentlich ◯ nicht zu ermitteln
12.	ggf. Verband:	
13.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag:	
14.	Datum Inbetriebnahme des ambulanten Pflegedienstes:	
15.	Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V	◯ Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ◯ Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung für die psychiatrische häusliche Kranken-pflege

F.	Angaben zum ambulanten Pflegedienst	
16.	Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V	◯ Nummer 1: **eine** betreiberorganisierte Wohneinheit ◯ Nummer 1: **mehrere** betreiberorganisierte Wohneinheiten ◯ Nummer 4: eigener Haushalt oder sonstiger geeigneter Ort
17.	Name der verantwortlichen Pflegefachperson:	
18.	Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachperson:	
19.	ggf. vorhandene Zweigstellen:	
20.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS:	
21.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS:	

G.	Daten zur Prüfung		
1.	Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen:	◯ AOK ◯ BKK ◯ IKK	◯ Knappschaft ◯ LKK ◯ vdek
2.	Prüfung durch:	◯ Medizinischer Dienst	◯ Careproof – der Prüfdienst der PKV
3.	Datum:	⌊_____ von TT.MM.JJJJ	⌊_____ bis TT.MM.JJJJ
4.	Uhrzeit:	von	bis
	1. Tag:		
	2. Tag:		
	3. Tag:		
5.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner des ambulanten Pflegedienstes:		
6.	Prüferin oder Prüfer:		
7.	An der Prüfung Beteiligte:	Name	
	◯ Pflegekasse		
	◯ Sozialhilfeträger		
	◯ Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde		
	◯ Gesundheitsamt		
	◯ Trägerverband		
	◯ Sonstige. Welche?:		
8.	Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner des Medizinischen Dienstes / Careproof – der Prüfdienst der PKV für die DCS:	Name E-Mail	

H.	Prüfauftrag nach § 114 SGB XI	
1.	◯ Regelprüfung	
2.	◯ Anlassprüfung (Beschwerde durch versorgter Person, An- und Zugehörigen o. ä.) ◯ Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) ◯ Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
3.	◯ Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung ◯ Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung	
4.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Absatz 1 SGB XI:	⌊_____⌋ TT.MM.JJJJ
5.	Datum der letzten Prüfung nach § 275b SGB V:	⌊_____⌋ TT.MM.JJJJ
6.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen:	⌊_____⌋ TT.MM.JJJJ
	◯ nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
	◯ Gesundheitsamt	
	◯ Sonstige	
	◯ keine Angaben	

I.	Nach Angabe des ambulanten Pflegedienstes: Anzahl versorgter Personen	
1.	Anzahl versorgte Personen insgesamt:	
davon		
2.	Anzahl versorgte Personen mit Verordnung über außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V:	⌊_____⌋, in Prozent:
3.	Anzahl versorgte Personen mit Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege nach Ziffer 27a der HKP-Richtlinie:	⌊_____⌋, in Prozent:

Qualitätsbereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

1.1 Aufnahmemanagement

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass zu Beginn der Zusammenarbeit mit der versorgten Person sowie bei Wiederaufnahme oder Übernahme aus dem Krankenhaus oder anderer Versorgungseinrichtungen die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation erhoben und bei der Durchführung der Pflege genutzt werden.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst trägt im Rahmen seiner Möglichkeiten und der mit der versorgten Person bestehenden Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren bei.

Gesamtbeurteilung

○ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst erfasst Hinweise auf eine Destabilisierung der Versorgungssituation und leitet im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen zur Abwendung einer solchen Destabilisierung ein.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

Qualitätsbereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält eine bedarfsgerechte, den individuellen Vereinbarungen entsprechende Unterstützung im Bereich der Mobilität und zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf ihren Lebensalltag und ihre Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende An- und Zugehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um die versorgte Person wirksam zu unterstützen.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten erhalten eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten. Eingeschlossen sind dabei gegebenenfalls auch die Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen und ihre An- und Zugehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen der versorgten Person sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden der versorgten Person gefördert wird.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Körperpflege.

Gesamtbeurteilung

○ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird durch den ambulanten Pflegedienst bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei der Ausscheidung bzw. der Kontinenzförderung unterstützt.

Gesamtbeurteilung

○ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung bzw. Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation fachgerecht unterstützt.

Gesamtbeurteilung

○ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.9 Anleitung und Beratung pflegender An- und Zugehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Qualitätsaussage

Pflegende An- und Zugehörige erhalten Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der An- und Zugehörigen abgestimmt.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

2.10 Anleitung und Beratung der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der versorgten Person abgestimmt.

Gesamtbeurteilung

◯ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

Qualitätsbereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

3.1 Allgemeine ärztlich verordnete Leistungen der Behandlungspflege

Die verordnungsfähigen Leistungen „außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V“ und „psychiatrische häusliche Krankenpflege nach Ziffer 27a der HKP-Richtlinie“ wurden gegebenenfalls durch die Qualitätsaspekte 3.2 und 3.3 geprüft.

Die Leistungen der Behandlungspflege Ziffer 6 bis Ziffer 31d (mit Ausnahme der Ziffern 24a und 27a) der Anlage der HKP-Richtlinie wurden bei Vorliegen einer ärztlichen An- bzw. Verordnung jeweils durch einen der Qualitätsaspekte 3.1.1 bis 3.1.31 in Anlage 1 geprüft. Nachfolgend wird die Gesamtbeurteilung eines jeweils geprüften Qualitätsaspektes dargestellt. Da die Darstellung der Gesamtbeurteilung für jede dieser Leistungen gleich ist, wird für eine bessere Lesart beispielhaft der folgende Qualitätsaspekt „3.1.1 bis 3.1.31 Ärztlich verordnete Maßnahme: *Eintrag Leistungsbezeichnung*“ aufgeführt.

3.1.1 bis 3.1.31 Ärztlich verordnete Maßnahme: *Eintrag Leistungsbezeichnung*

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Gesamtbeurteilung

○ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

3.2 Außerklinische Intensivpflege

Qualitätsaussage

Die ambulante außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, die Patienten- und Versorgungssicherheit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung nach Maßgabe des individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Sie dient auch der Verbesserung der Lebensqualität und ist auf individuelle, personenzentrierte Pflege- und Therapieziele wie die Sicherstellung von Vitalfunktionen, die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Bei beatmeten oder nicht beatmeten trachealkanülierten Personen besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht invasive Beatmung. Die außerklinische Intensivpflege umfasst auch die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Gesamtbeurteilung

○ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

3.3 Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Qualitätsaussage

Psychiatrische häusliche Krankenpflege trägt dazu bei, psychisch erkrankte Menschen zu stabilisieren, damit sie das Leben im Alltag sowie krankheits- und therapiebedingte Anforderungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen können. Sie unterstützt den erkrankten Menschen bei der Bewältigung von Krisensituationen und bei der Entwicklung oder Erhaltung der Kompetenzen, die zur Aufrechterhaltung des Lebensalltags und zur Teilnahme am sozialen Leben erforderlich sind. Dabei wird das soziale Umfeld der versorgten Personen systematisch einbezogen. Dies umfasst auch die Anleitung und Beratung der relevanten Bezugspersonen des erkrankten Menschen, um ihre Kompetenz im Umgang mit dessen Erkrankung zu verbessern. Psychiatrische häusliche Krankenpflege findet in vernetzten Behandlungsstrukturen statt und erfordert daher eine Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten. Dies schließt die Zusammenarbeit beim Übergang der versorgten Personen aus dem Krankenhaus und anderen institutionellen Versorgungsformen in die häusliche Umgebung mit ein.

Gesamtbeurteilung

○ entfällt

Keine Auffälligkeiten

Auffälligkeiten
(bitte erläutern)

Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern)*	**Anzahl versorgte Personen**

Anmerkungen

Qualitätsbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

4.1 Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen

Qualitätsaussage

Die Arbeit des ambulanten Pflegedienstes ist mit den in die Pflege involvierten An- und Zugehörigen der versorgten Person abgestimmt und koordiniert.

◯ entfällt

Auffälligkeiten:

Anmerkungen

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Qualitätsaussage

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes reagieren im Rahmen von Beratungsgesprächen sensibel auf Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung versorgter Personen. Sie streben an, in gravierenden Fällen Hilfen zur Begleitung der häuslichen Versorgung zu mobilisieren.

◯ entfällt

Auffälligkeiten:

Anmerkungen

Qualitätsbereich 5: Qualitätsmanagement und Hygiene

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und arbeitet eigenverantwortlich an der Behebung von Qualitätsdefiziten, 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.

Informationserfassung

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:
[Freitext]
Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:
[Freitext]
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:
[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der ambulante Pflegedienst 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 ambulante Pflegedienst 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 gegebenenfalls die Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement.

Prüffragen

		ja	nein	t. n. z.
1.	Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	○	○	
2.	Nutzt der ambulante Pflegedienst Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder gegebenenfalls andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	○	○	○
3.	Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	○	○	○
4.	Werden die Maßnahmen evaluiert?	○	○	○
5.	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	○	○	

Erläuterung zu den Prüffragen und zu den nicht erfüllten Anforderungen

1) **Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?**
Zu beurteilen ist, ob der ambulante Pflegedienst 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.

2) **Nutzt der ambulante Pflegedienst Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder gegebenenfalls andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?**
Neben allgemeinen Verfahren des internen Qualitätsmanagements können Qualitätsinstrumente wie Expertenstandards, Leitlinien und gegebenenfalls 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.

3) **Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?**
Im Fall vorhandener Qualitätsprobleme ist zu beurteilen, ob Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, wie zum Beispiel Fortbildungen, Fallbesprechungen, interne Audits, Qualitätszirkel durchgeführt wurden, um die Qualitätsprobleme zu beheben.

4) **Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?**
   Hier ist zu beurteilen, ob systematisch überprüft wird, welche Wirkungen Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität bzw. Maßnahmen von Qualitätsdefiziten erzielt haben.

5) **Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?**
   Es ist im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes zu beurteilen, ob und in welcher Form diese in Verfahren zur Identifizierung und Behebung von Qualitätsproblemen einbezogen sind, zum Beispiel durch Hinweise zur Dokumentation von Qualitätsproblemen, Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen oder Pflegevisiten.

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

Erläuterungen zu nicht erfüllten Anforderungen

Ziffer	Erläuterung

5.2 Hygiene

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst berücksichtigt grundlegende hygienische Anforderungen in der Pflege. Dazu wird im Rahmen des Hygienemanagements ein für den ambulanten Pflegedienst spezifischer Hygieneplan als verbindliches Instrument zur Einhaltung der Infektionshygiene erstellt und regelmäßig aktualisiert.

Informationserfassung

Hygienepläne/Verfahrensweisen
[Freitext]
Verfügbarkeit der zur Infektionsprävention notwendigen Hilfsmittel (z.B. Desinfektionsmittel, persönliche Schutzausrüstungen usw.):
[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

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

Prüffragen

		ja	nein
1.	Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	○	○
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 (KRINKO) beim Robert Koch-Institut?	○	○
3.	Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	○	○
4.	Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	○	○

Erläuterung zu den Prüffragen und zu den nicht erfüllten Anforderungen

1) **Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?**
Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob entsprechende Verfahrensanweisungen vorhanden sind. Zudem sollte beurteilt werden, ob die bestehenden Verfahrensregelungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes bekannt sind und angewandt werden.

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 (KRINKO) beim Robert Koch-Institut?**
Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob die vorgesehenen Verfahrensweisen des ambulanten Pflegedienstes mit den gesetzlichen Bestimmungen im Einklang stehen.

3) **Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z.B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)**

4) **Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?**
   Hier ist zu beurteilen, ob regelmäßig im Rahmen des internen Qualitätsmanagements die Beachtung grundlegender hygienischer Anforderungen überprüft wird.

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

Erläuterungen mit nicht erfüllten Anforderungen

Ziffer	Erläuterung

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachperson

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die verantwortliche Pflegefachperson nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr. Die Qualifikation der Leitungskräfte berücksichtigt etwaige fachliche Spezialisierungen und damit einhergehende besondere vertragliche Anforderungen.

Informationserfassung

Führt der ambulante Pflegedienst spezialisierte ambulante Pflege durch?

◯ ja, ambulante außerklinische Intensivpflege

◯ ja, psychiatrische häusliche Krankenpflege

◯ nein

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachperson und ihrer Stellvertretung oder gegebenenfalls der verantwortlichen Fachbereichsleitung in diesem ambulanten Pflegedienst (wöchentlicher Stundenumfang):

◯ verantwortliche Pflegefachperson (wöchentlicher Stundenumfang):

◯ Stellvertretung (wöchentlicher Stundenumfang):

◯ Fachbereichsleitung (wöchentlicher Stundenumfang):

[Freitext]

Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachperson und ihre Stellvertretung oder gegebenenfalls die verantwortliche Fachbereichsleitung in der Pflege tätig sind:

◯ verantwortliche Pflegefachperson (wöchentlicher Stundenumfang):

◯ Stellvertretung (wöchentlicher Stundenumfang):

◯ Fachbereichsleitung (wöchentlicher Stundenumfang):

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachperson und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die betreffende Mitarbeiterin oder der betreffende Mitarbeiter die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachperson des ambulanten Pflegedienstes tatsächlich wahrnimmt und ob sie bzw. er für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Im Falle von ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen, werden hierbei auch die Anforderungen an die Qualifikation der gegebenenfalls als verantwortliche Fachbereichsleitung benannten Pflegefachperson für die Versorgung von beatmeten und nicht beatmeten trachealkanülierten Personen beurteilt. Analoges gilt für ambulante Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen.

Prüffragen

		ja	nein
1.	Verfügen die verantwortliche Pflegefachperson, ihre Stellvertretung und gegebenenfalls die als Fachbereichsleitung benannte Pflegefachperson (soweit die verantwortliche Pflegefachperson die fachlichen Voraussetzungen für spezialisierte Pflegedienste nicht erfüllt) über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?	○	○
2.	Steht die verantwortliche Pflegefachperson in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	○	○
3.	Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachperson in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	○	○
4.	Verfügt die verantwortliche Pflegefachperson über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	○	○
5.	Sorgt die verantwortliche Pflegefachperson für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	○	○
6.	Sorgt die verantwortliche Pflegefachperson für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und an den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	○	○

Erläuterung zu den Prüffragen und zu den nicht erfüllten Anforderungen

1) **Verfügen die verantwortliche Pflegefachperson, ihre Stellvertretung und gegebenenfalls die als Fachbereichsleitung benannte Pflegefachperson (soweit die verantwortliche Pflegefachperson die fachlichen Voraussetzungen für spezialisierte Pflegedienste nicht erfüllt) über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?**

2) **Steht die verantwortliche Pflegefachperson in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?**

3) **Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachperson in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?**

Diese Fragen beziehen sich auf die Einhaltung der Vorgaben aus den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung.
Sofern zutreffend beziehen sich diese Fragen auch auf die Einhaltung der Vorgaben aus den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege oder im Falle der außerklinischen Intensivpflege den Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V.

4) **Verfügt die verantwortliche Pflegefachperson über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?**
Zu beurteilen ist vor dem Hintergrund der Größe des ambulanten Pflegedienstes, zu der die Anzahl der versorgten Personen, die Anzahl der Beschäftigten und das Einzugsgebiet gehören, ob die zeitlichen Ressourcen der Pflegedienstleitung ausreichen, um den in den Maßstäben und Grundsätzen beschriebenen Aufgaben nachzukommen. Da keine festgeschriebenen Größenordnungen existieren, ist diese Frage auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes sowie von Unterlagen zur Organisation des ambulanten Pflegedienstes zu beurteilen.

5) **Sorgt die verantwortliche Pflegefachperson für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse**
Zu beurteilen ist, ob eine systematische Herangehensweise an die Pflegeprozessgestaltung erkennbar ist. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

6) **Sorgt die verantwortliche Pflegefachperson für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und an den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?**
Mit dieser Frage sind Aspekte der Dienst- und Tourenplanung oder Teamzusammenstellung auch in der ambulanten außerklinischen Intensivpflege angesprochen, die vor dem Hintergrund von Unterlagen zur Organisation des ambulanten Pflegedienstes und auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen

Ziffer	Erläuterung

Anlage 3

Qualitätsbewertung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

Qualitätsbewertung

1. Bewertung der personenbezogenen Versorgung in den Qualitätsbereichen 1 bis 3

Zur Qualitätsbeurteilung auf der Ebene der personenbezogenen Versorgung kommen vier Kategorien im Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung (Anlage 1) zur Anwendung:

A. Keine Auffälligkeiten oder Defizite
B. Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C. Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D. Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Abstufung soll sichtbar machen, inwieweit aus einem fachlichen Defizit tatsächlich negative Folgen für die versorgte Person erwachsen sind und damit eine differenzierte Bewertung des Qualitätsaspekts ermöglichen. Das Verständnis der „negativen Folgen“ ist von zentraler Bedeutung für das Prüfverfahren. Der Begriff umfasst folgende Sachverhalte:

- Im Extremfall kommt es durch ein fachliches Defizit zu einer gesundheitlichen Schädigung der versorgten Person. Beispiele hierfür sind die Verabreichung von Medikamenten in der falschen Dosis, unzureichende Beachtung von Hygieneanforderungen bei der Wundversorgung oder ein Zustand der Dehydratation aufgrund unzureichender Flüssigkeitsversorgung.

- Eine negative Folge liegt aber auch dann vor, wenn keine Maßnahmen durchgeführt werden, die dem individuellen Bedarf der versorgten Person entsprechen, auch wenn noch keine sichtbaren gesundheitlichen Nachteile entstanden sind. Die versorgte Person erhält also nicht die ihrem Bedarf entsprechenden Hilfen, obwohl diese Hilfen durch den ambulanten Pflegedienst gemäß den individuellen vertraglichen Vereinbarungen geleistet werden und auch in der Maßnahmenplanung vorgesehen sind oder sein müssten. Beispiele hierfür sind nicht begründbare Abweichungen von der schriftlichen Maßnahmenplanung, etwa fehlende Mobilisierung oder unzureichende Körperpflege. Nicht als Qualitätsdefizit zu bewerten sind Situationen, die zwar durch fehlende Bedarfsgerechtigkeit gekennzeichnet sind, die aber durch den vorliegenden individuellen Auftrag des ambulanten Pflegedienstes nicht abgedeckt sind. Stellen die Prüferinnen und Prüfer beispielsweise fest, dass keine ausreichende Körperpflege stattfindet, der Auftrag des ambulanten Pflegedienstes sich aber auf Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beschränkt, so kann die unzureichende Körperpflege nicht als ein Versorgungsdefizit im Qualitätsbereich 2 bewertet werden, dass der ambulante Pflegedienst zu verantworten hat.

→ Eine *nicht bedürfnisgerechte Versorgung* zählt ebenfalls zu den negativen Folgen. Beispiele hierfür sind die wiederholte Verweigerung von Selbstbestimmung oder die regelmäßige Missachtung von explizit geäußerten oder dokumentierten Wünschen. Besonders hervorzuheben ist dabei der Aspekt der Regelmäßigkeit. Eine D-Bewertung ist *nicht* für Situationen gedacht, in denen *ausnahmsweise* ein Wunsch der versorgten Person unberücksichtigt bleibt. Eine D-Bewertung ist vielmehr erst dann vorzunehmen, wenn die fehlende Berücksichtigung eines Wunsches wiederholt auftritt und weder fachlich noch mit den Grenzen der Zuständigkeit bzw. des Auftrags des ambulanten Pflegedienstes begründet werden kann.

Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses sind die Bewertungskategorien folgendermaßen definiert:

A. Keine Auffälligkeiten oder Defizite
Für die zu beurteilenden Sachverhalte gab es keine Hinweise auf ein fachliches Defizit. Diese Kategorie ist für Situationen vorgesehen, in denen keine Auffälligkeiten aufgetreten sind. Unter Auffälligkeiten werden Abweichungen von fachlichen Vorgaben oder dem regelhaft zu erwartenden Pflegeprozess verstanden.

B. Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
Für die zu beurteilenden Sachverhalte wurden Auffälligkeiten festgestellt, die jedoch keine Auswirkungen auf die versorgte Person nach sich ziehen. In diesem Fall sind Situationen angesprochen, in denen fachliche Verbesserungen möglich oder auch wünschenswert wären, aber keine Nachteile für die zu versorgende Person feststellbar oder zu erwarten sind. In vielen Fällen handelt es sich um Dokumentationsauffälligkeiten, von denen keine negativen Effekte für die versorgte Person ausgehen. Dazu gehört beispielsweise das punktuelle Fehlen eines Durchführungsnachweises im Bereich der ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

C. Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertungskategorie ist vorgesehen für Situationen, in denen durch das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes (oder durch Unterlassungen) ein Risiko für die versorgte Person entstanden ist bzw. auf eine bestehende Risikosituation nicht eingewirkt wurde, um das Risiko zu beheben oder zu verringern. Greifbare Folgen für die versorgte Person sind jedoch nicht (oder noch nicht) eingetreten. Auch fachliche Defizite wirken sich nicht automatisch nachteilig aus. So kommt es aufgrund einer fehlenden Hilfestellung bei der Mobilität nicht sofort zu einem Sturzereignis, es entsteht aber doch ein vermeidbares Risiko negativer Folgen für die betreffende Person.

D. Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person
Diese Bewertungskategorie ist für den Fall vorgesehen, dass eine negative Folge aufgrund eines fachlichen Defizits bereits eingetreten ist – wobei negative Folgen im Sinne des oben dargestellten Verständnisses auch das Fehlen einer bedarfs- oder bedürfnisgerechten Unterstützung umfassen können. Angesprochen sind also Situationen, in denen eine Beeinträchtigung der Gesundheit der versorgten Person, ihres Wohlbefindens, ihrer Teilhabe am sozialen Leben oder ihres Anspruchs auf eine bedarfsgerechte Versorgung entstanden ist.

Eine D-Bewertung für fehlende Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit darf nicht allein auf der Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation vergeben werden. Eine isolierte Aussage der versorgten Person ist durch weitere Feststellung der Angabe zu verifizieren. Fehlt beispielsweise ein Durchführungsnachweis, so genügt dies allein nicht, um eine nicht bedarfsgerechte Versorgung nachzuweisen. Es kann sich auch um ein systematisches Dokumentationsdefizit handeln. Bei einer D-Bewertung, die vergeben werden soll, weil nach den Feststellungen der Prüferinnen und Prüfer erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis weitere Feststellungen getroffen werden.

2. Bewertung der personenbezogenen Versorgung im Qualitätsbereich 4

Die Beurteilung erfolgt in diesem Fall nicht in Form einer standardisierten Bewertung.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten identifiziert, so sind diese im jeweiligen Textfeld aufzuführen und zu erläutern.

3. Bewertung der Abrechnungsprüfung

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

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Kriterien ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums, da sie bei der versorgten Person keine Auswirkungen haben.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

4. Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes

Die Qualitätsbeurteilung erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesteckt sind. Diese Grenzen ergeben sich vor allem durch folgende Faktoren:

- Bereitschaft der versorgten Person und der An- und Zugehörigen, die Hinweise des ambulanten Pflegedienstes anzunehmen: Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes beispielsweise auf Risiken hinweisen, die im Verhalten der in der häuslichen Umgebung lebenden Menschen begründet sind, diese aber ihr Verhalten nicht anpassen, so hat der ambulante Pflegedienst die aus fachlicher Sicht erwartbaren Maßnahmen ergriffen; ihre Wirkung ist jedoch durch Faktoren, auf die der ambulante Pflegedienst nur bedingt einwirken kann, begrenzt.

- Unzureichende Pflege durch die pflegenden An- und Zugehörigen: Bemüht sich ein ambulanter Pflegedienst beispielsweise um die Vermeidung eines Dekubitus durch die Druckentlastung gefährdeter Haut- bzw. Körperpartien, so bedeutet das nicht automatisch, dass auch die An- und Zugehörigen entsprechend agieren, selbst wenn sie durch den ambulanten Pflegedienst beraten worden sind. Deshalb kann es zur Entstehung eines Dekubitus kommen, obwohl der ambulante Pflegedienst bis ins Detail nach den geltenden fachlichen Standards gehandelt hat. Auch hier ist eine Grenze der Einwirkungsmöglichkeit gegeben.

- Versorgung durch andere Berufsgruppen: Ambulante Pflegedienste sind meist nicht die einzigen Versorgungsinstanzen, die in einer häuslichen Umgebung tätig werden. In der Regel befinden sich versorgte Personen in ärztlicher Behandlung. Die gesundheitliche Situation wird dann in verschiedenen Bereichen durch das ärztliche Verschreibungsverhalten maßgeblich mitbeeinflusst. Insbesondere Art und Umfang der nach dem SGB V verordneten häuslichen Krankenpflege liegen im Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes und der Kostenträger. Dabei ist auch die erweiterte Versorgungsverantwortung von Pflegefachpersonen gemäß § 37 Absatz 8 SGB V im Hinblick auf die Festlegung der Dauer und Häufigkeit von Maßnahmen der Behandlungspflege zu beachten. Die Einwirkungsmöglichkeit des ambulanten Pflegedienstes ist in diesem Fall weitgehend auf die fachgerechte Durchführung verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt begrenzt.

- Im Bereich der ambulanten Pflege besteht die wohl wichtigste Grenze der Einwirkungsmöglichkeit für den ambulanten Pflegedienst in der Begrenzung des vertraglich definierten pflegerischen Auftrags (diese umfassen im Qualitätsbereich 2 auch weiterführende für die Leistungserbringung relevante Qualitätsaspekte, die einen

fachlich und zeitlich hohen Stellenwert haben). Anders als in der vollstationären Versorgung ist der Auftrag des ambulanten Pflegedienstes in der häuslichen Umgebung durch die Vereinbarungen, die im Einzelfall getroffen worden sind, meist auf bestimmte Hilfen begrenzt. Es kann nicht erwartet werden, dass der ambulante Pflegedienst regelmäßig einen Bedarf deckt, der nicht durch entsprechende Vereinbarungen berührt ist. Besonders die in den Qualitätsbereichen 2 und 3 aufgeführten Maßnahmen sind hiervon betroffen. Die Qualitätsaspekte, die in jedem Fall, das heißt unabhängig vom konkreten Auftrag des ambulanten Pflegedienstes zu prüfen und zu beurteilen sind, sind entsprechend gekennzeichnet.

Vor diesem Hintergrund haben die Prüferinnen und Prüfer stets zu berücksichtigen, ob beim Auftreten von Auffälligkeiten, die auf mögliche Qualitätsdefizite hinweisen, das Handeln des ambulanten Pflegedienstes oder andere Faktoren relevant sind. Hierzu ist es insbesondere bei den im Qualitätsbereich 2 aufgeführten Qualitätsaspekten erforderlich, dass der Prüfdienst die konkreten Vereinbarungen zwischen ambulantem Pflegedienst, versorgter Person und gegebenenfalls auch den An- und Zugehörigen zu Art und Umfang der Pflege erfasst und bei der Beurteilung berücksichtigt.

Die Prüferinnen und Prüfer haben durchgängig, d. h. bei der Beurteilung eines *jeden* für die Qualitätsbeurteilung relevanten Sachverhalts zu berücksichtigen, ob bei Auffälligkeiten oder Qualitätsdefiziten das Handeln des ambulanten Pflegedienstes oder andere Faktoren relevant sind. Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird daher weder im Prüfbogen noch in der Ausfüllanleitung explizit thematisiert.

Im Falle der außerklinischen Intensivpflege ist allerdings stets das tatsächliche Ausmaß der Präsenz des ambulanten Pflegedienstes im Einzelfall zu beachten. Bei der Beurteilung der Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes bei der außerklinischen Intensivpflege sind insbesondere die hohen Präsenzzeiten zu berücksichtigen, die sich von der allgemeinen ambulanten Pflege erheblich unterscheiden.

5. Bewertung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 5

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten (Qualitätsmanagement und Hygiene) im Prüfbogen B (Anlage 2) bedarf es keiner differenzierenden Beurteilung oder Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststellung des Prüfergebnisses in diesem Bereich umfasst die Angabe, ob eine Anforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist und eine nähere Bezeichnung des bemängelten Sachverhalts.

Anlage 4

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs

Das Teamgespräch dient der Zusammenführung der einzelnen Ergebnisse der Prüferinnen und Prüfer und der Vorbereitung des Abschlussgesprächs. Die Prüferinnen und Prüfer tauschen sich über ihre wichtigsten Ergebnisse aus und nehmen vorläufige Bewertungen vor. Vertreterinnen und Vertreter des ambulanten Pflegedienstes sollen an diesem Gespräch nicht teilnehmen.

Das Teamgespräch unterteilt sich in folgende Bereiche:

1. **Einschätzung der fachlichen Stärken des ambulanten Pflegedienstes**
2. **Vorläufige Einschätzung zu Defiziten bei Qualitätsaspekten**
3. **Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertreterinnen oder Vertretern des ambulanten Pflegedienstes angesprochen werden sollen, insbesondere der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll**

Es ist zu betonen, dass es sich um vorläufige Einschätzungen handelt, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt personenbezogenen Fragen festgehalten wurden.

1) Welche fachlichen Stärken wurden im Verlauf der Prüfung sichtbar?

2) Bei welchen Qualitätsaspekten wurden Defizite festgestellt?

3) Für welche Themen sollen im Abschlussgespräch Ansätze zur Qualitätsverbesserung aufgezeigt werden?

Anlage 5

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs

Im Abschlussgespräch wird der ambulante Pflegedienst über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Das Abschlussgespräch sollte den Charakter eines Fachgesprächs haben, in dem gemeinsame Überlegungen dazu angestellt werden, wie festgestellte Defizite behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann.

Ablauf

1. Das Prüfteam erläutert Zweck und Ablauf des Abschlussgesprächs.

2. Das Prüfteam schildert unter Bezugnahme auf die im Teamgespräch ausgewerteten Qualitätsaspekte den Gesamteindruck der Pflegequalität des ambulanten Pflegedienstes. Hierbei wird herausgestellt, welche fachlichen Stärken und welche Schwächen während der Prüfung besonders deutlich erkennbar waren.

3. Das Prüfteam informiert den ambulanten Pflegedienst über zentrale vorläufige Ergebnisse der Qualitätsprüfung. Es ist zu betonen, dass es sich um vorläufige Einschätzungen handelt, die bei der abschließenden Bewertung im Prüfbericht zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Die Vertreterinnen und Vertreter des ambulanten Pflegedienstes erhalten Gelegenheit zur Schilderung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die sie gegebenenfalls schon eingeleitet haben. Sofern der ambulante Pflegedienst abweichende Meinungen zu den Feststellungen, insbesondere zu festgestellten Mängeln bei Qualitätsaspekten äußert, werden diese vom Prüfteam schriftlich festgehalten.

4. Das Prüfteam berät den ambulanten Pflegedienst über mögliche Maßnahmen der Qualitätsverbesserung und benennt Ansatzpunkte, die geeignet sein könnten, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einzuleiten. Der Sichtweise der Vertreterinnen und Vertreter des ambulanten Pflegedienstes sollte ausreichend Raum gegeben werden.

5. Abschluss des Gesprächs und damit auch des Prüfbesuchs.

Freitextfeld

Abweichende fachliche Einschätzung ◯ ja ◯ nein

Anlage 6

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

Prüfbericht

Die Erstellung des Prüfberichtes erfolgt auf der Grundlage der QPR Teil 1a Ambulante Pflege und auf der Basis der Prüfbögen zur Prüfung bei der versorgten Person und zur Prüfung im ambulanten Pflegedienst. Der Prüfbericht wird EDV-gestützt erstellt. Die Darstellung der Prüfergebnisse im Prüfbericht erfolgt in deskriptiver Form.

Der Prüfbericht gliedert sich in folgende Abschnitte:

0. Prüfmaßstab
1. Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst
2. Allgemeine Informationen zur Prüfung
3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung
4. Beurteilung der sonstigen Aspekte in der personenbezogenen Prüfung im Qualitätsbereich 4
5. Beurteilung des Qualitätsmanagements und der Hygiene im Qualitätsbereich 5
6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Anlagen zum Prüfbericht

→ Prüfbögen A, Anlagen 1

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

0. Prüfmaßstab

Im Prüfmaßstab werden die bundeseinheitlich geltenden Prüfgrundlagen und gegebenenfalls die landesspezifischen Besonderheiten aufgelistet.

1. Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst

Um die Identifikation des Prüfberichtes im Rahmen der Berichtspflicht nach § 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	Ambulante Pflege	= A
Position 9 – 10	MD Baden-Württemberg	= 18
	MD Bayern	= 19
	MD Berlin-Brandenburg	= 01
	MD 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	= 31
	PKV-Prüfdienst	= 90
Position 11 – 16	Dienststelle	
Position 17	Bindestrich	
Position 18 – 26	Laufende Auftragsnummer	

Beispiel:	**260730VA24000006-000005196** *(Prüfung am 30.07.2026, Ambulanter Pflegedienst, Dienststelle 6 – laufende Nr. 5196, MD Thüringen)*

Die Angaben zu den Fragen F bis I des „Prüfbogen B zur Beurteilung auf Einrichtungsebene“ werden automatisiert aus dem Prüfbogen in den Prüfbericht übernommen.

2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Unter den allgemeinen Informationen zur Prüfung werden wesentliche Aspekte des Besuchs im ambulanten Pflegedienst einschließlich der Beratung im Abschlussgespräch und zur Durchführung der Qualitätsprüfung dargestellt. Besonders positive oder negative Ergebnisse werden hervorgehoben.

Qualitätsmängel, die nicht durch das standardisierte Prüfinstrumentarium erfasst werden konnten, können individuell dargestellt werden.

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

Die Zusammensetzung und Anzahl der versorgten Personen, die in die Qualitätsprüfung einbezogen wurden, wird dargestellt. Im Prüfbericht werden alle geprüften Qualitätsaspekte für die Bewertung aufgeführt. Qualitätsaspekte, die nicht Prüfgegenstand waren, werden im Prüfbericht nicht dargestellt. Die Prüfbögen A werden, sofern bewertet, dem Prüfbericht ohne Erläuterungen zur Informationserfassung oder den Leitfragen als Anlagen beigefügt.

Abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zur Erfüllung der personenbezogenen Qualitätsaspekte werden zusammenfassend dargestellt. Eine differenzierte Darstellung erfolgt in Anlage 1 Prüfbogen A mit dem Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“.

3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

Die Einzelergebnisse für alle versorgten Personen der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt in Tabellenform dargestellt. Versorgte Personen, bei denen eine Qualitätsprüfung erfolgte, werden im Prüfbericht durch P1 bis PX dargestellt.

Ergebnisse zur Abrechnungsprüfung sind in der „Gesamtbeurteilung“ ebenfalls darzustellen. Dabei ist auch die Summe aller Auffälligkeiten bei der Abrechnungsprüfung für alle in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen für alle Bewertungsfragen zu Leistungen nach dem SGB XI und dem SGB V anzugeben.

Bei einer Wiederholungsprüfung ist auf die vorangegangene Prüfung einschließlich des gegebenenfalls vorliegenden Maßnahmenbescheides Bezug zu nehmen. Bei einer Anlassprüfung ist auf den Anlass einzugehen.

4. **Beurteilung der sonstigen Aspekte in der personenbezogenen Prüfung im Qualitätsbereich 4**
   Die Beurteilung je Qualitätsaspekt aus dem Qualitätsbereich 4 des Prüfbogens B wird in den Prüfbericht übernommen.

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

5. **Beurteilung des Qualitätsmanagements und der Hygiene im Qualitätsbereich 5**
   Die Beurteilung je Qualitätsaspekt aus dem Qualitätsbereich 5 des Prüfbogens B wird in den Prüfbericht übernommen.

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

6. **Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten**
   Zu bestehenden Qualitätsdefiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährdungsgrad der versorgten Person zu berücksichtigen.

Anlagen

- → Prüfbögen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung: Für jede in Augenschein genommene versorgte Person werden die Prüfbogen A aufgenommen und mit einer jeweiligen Kennzeichnung P1 bis PX versehen.

Anlage 7

Liste der versorgten Personen

In der Liste sind alle Personen aufzuführen, die vom ambulanten Pflegedienst versorgt werden und folgende Leistungen erhalten:

- Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen) oder
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI oder
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (dies betrifft auch Leistungen der pHKP nach Ziffer 27a der HKP-Richtlinie) oder
- Leistungen der AKI nach § 37c SGB V.

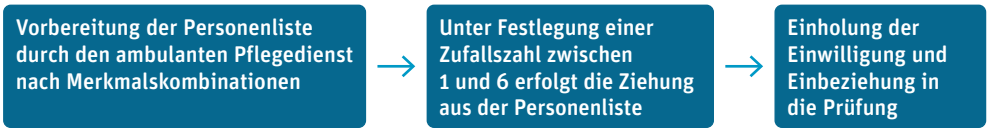
Muster: Liste der versorgten Personen

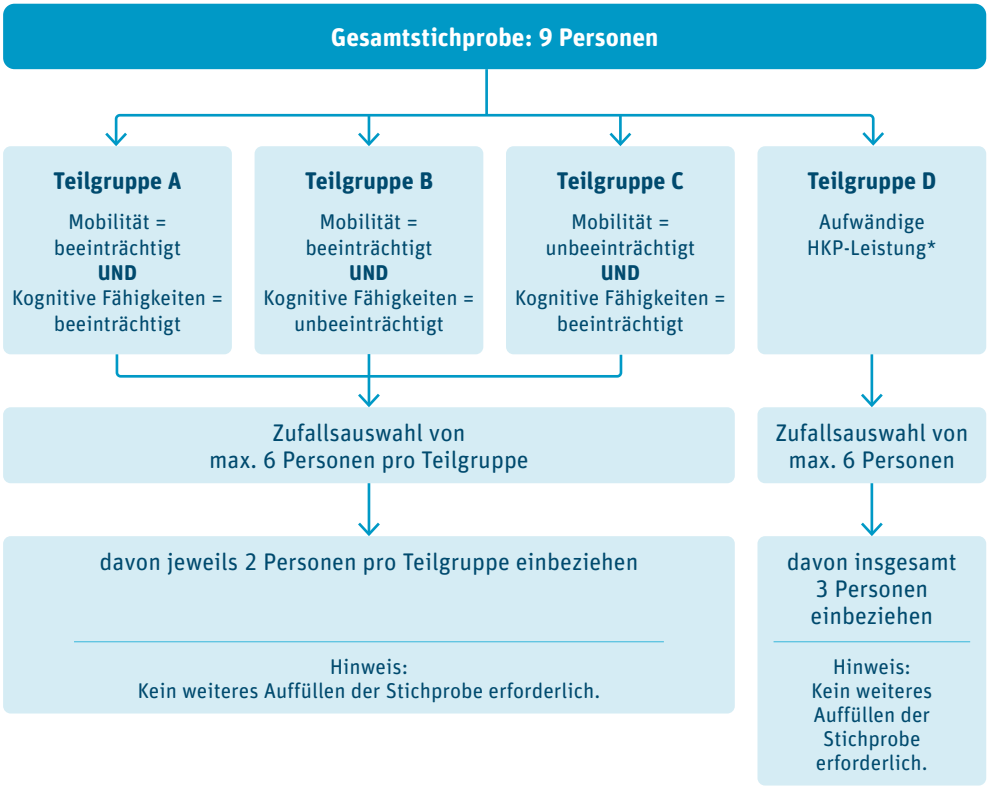
Name, Vorname (versorgte Personen in alphabetischer Reihenfolge)	**Kontaktdaten der bevollmächtigten / betreuenden Person** Wenn ja, sind die Kontaktdaten mit Namen und Telefonnummer anzugeben	**Teilgruppe** **A:** Mobilität = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt **B:** Mobilität = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten= unbeeinträchtigt **C:** Mobilität = unbeeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt	**Teilgruppe** **D:** Personen, die eine aufwändige HKP-Leistung erhalten	**Spezialisierte ambulante Pflegedienste** (Außerklinische Intensivpflege (AKI) nach § 37c SGB V oder Psychiatrische Häusliche Krankenpflege (pHKP) nach Ziffer 27a der HKP-Richtlinie) „E“ ist bei Erstverordnung einzutragen. Eine Erstverordnung liegt vor, wenn auf der HKP-Verordnung „Erstverordnung“ angekreuzt und das „vom-Datum“ der Verordnung weniger als vier Wochen zurück liegt. Im Fall der AKI ist hier kenntlich zu machen, ob die versorgte Person beatmet („B“) wird. Anzugeben ist auch, ob es sich um eine Einfachversorgung "EV" oder eine Mehrfachversorgung "MV" handelt.
Muster, Karl	Ja, Muster, H.; 030-483555	A	D: Ziffer 31a	AKI „MV“
(...)	Nein	B	–	AKI „B“ + „EV“
(...)	Ja, (...)	B	D: Ziffer 6, 8, 29	
(...)	Ja, (...)	C	D: Ziffer 31 a	pHKP „E“

Anlage 8

Personenstichprobe für die allgemeine ambulante Pflege, außerklinische Intensivpflege, psychiatrische häusliche Krankenpflege

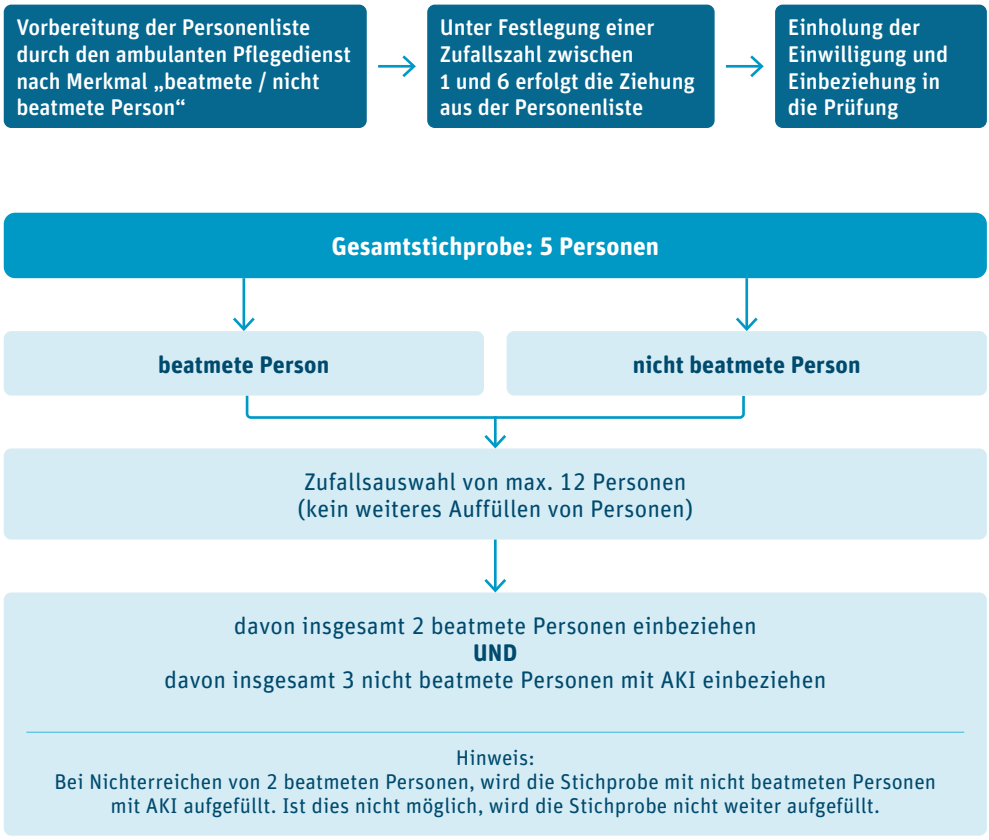
Personenstichprobe für die allgemeine ambulante Pflege



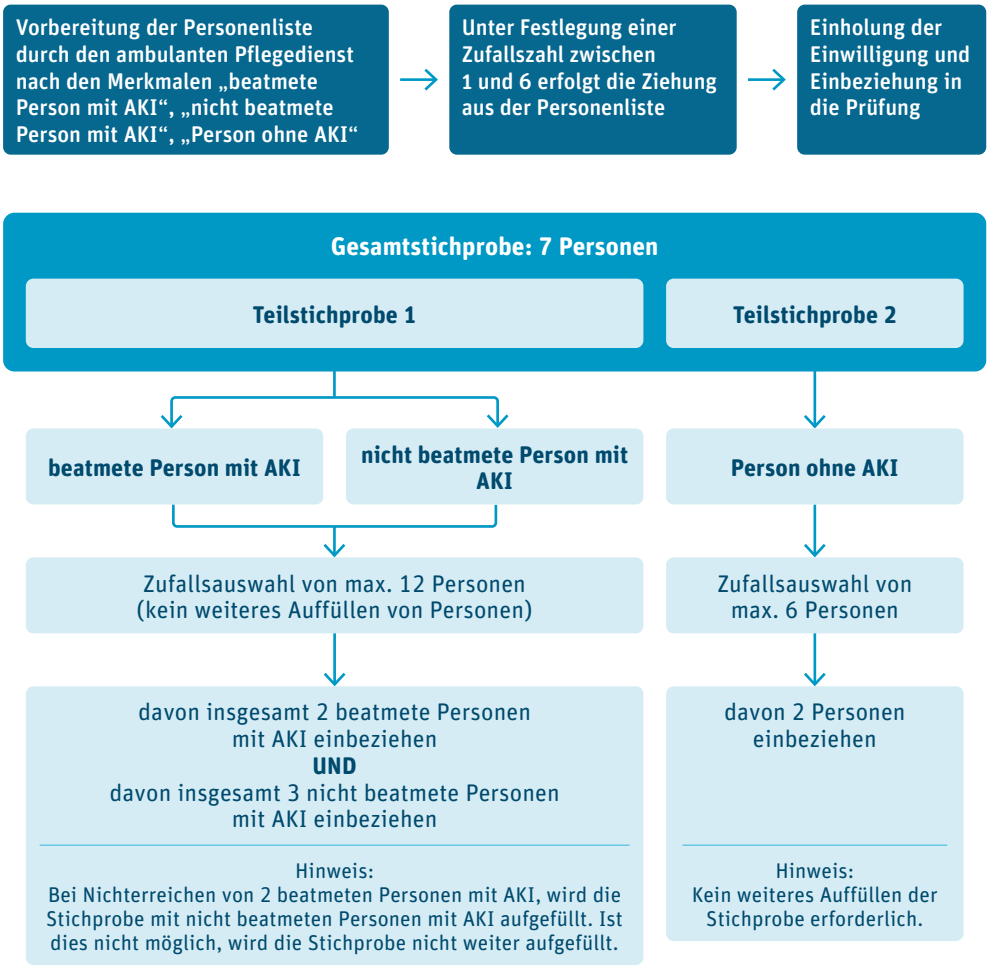


* Ziffer 6 Absaugen, Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts, Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle, Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.

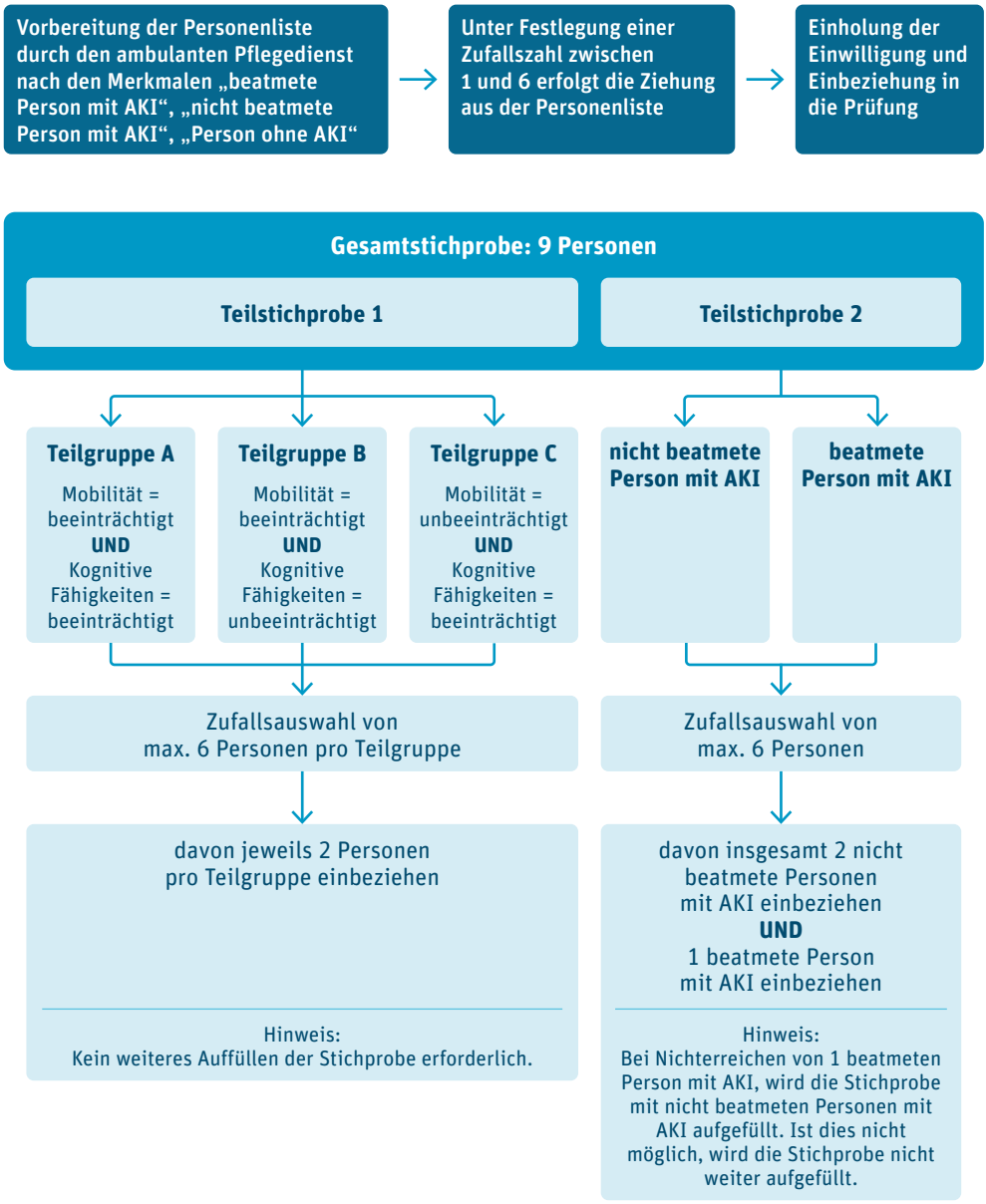
Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege mit über 90 %



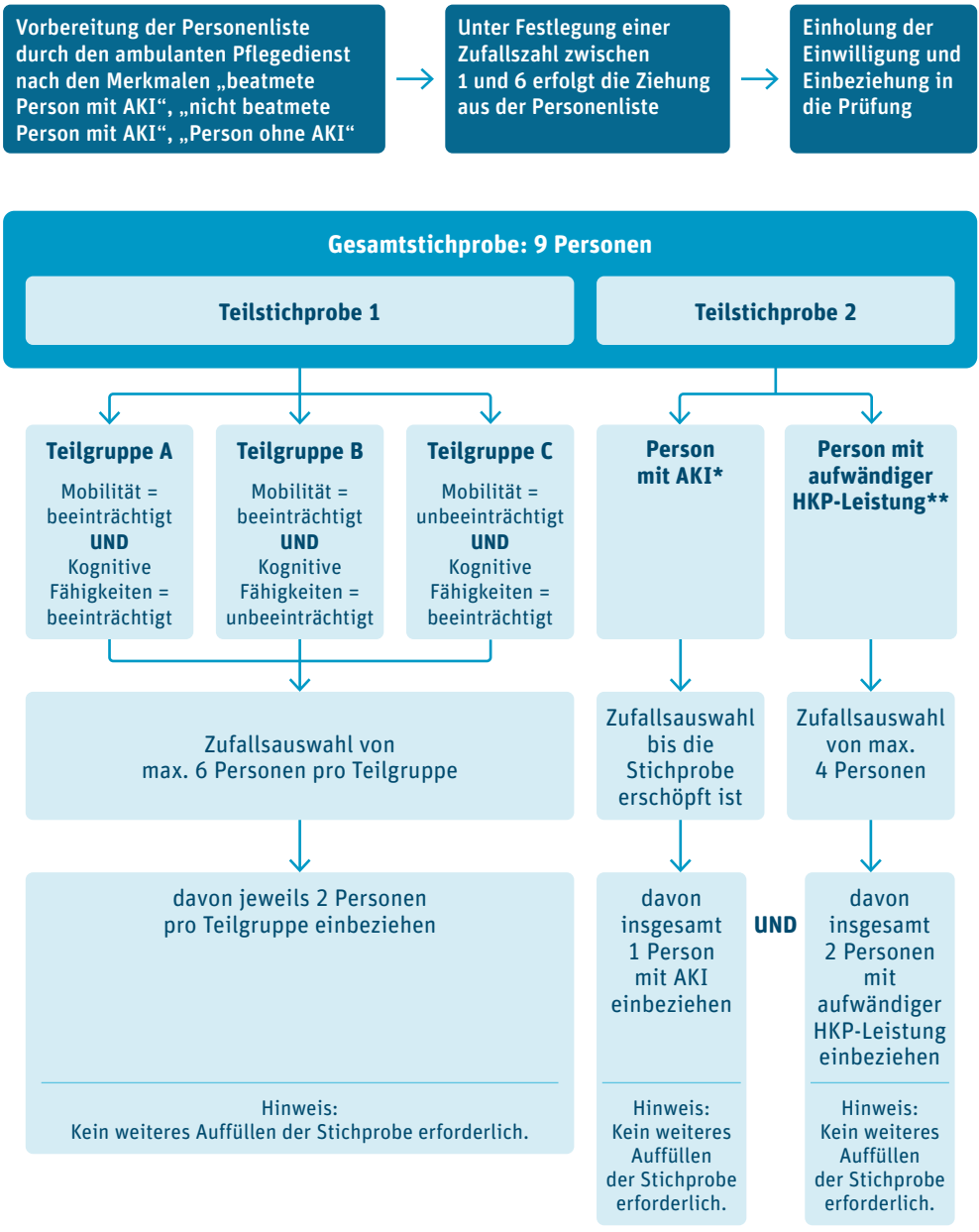
Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege von mehr als 50 % bis zu 90 %



Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege von mehr als 25 % bis zu 50 %

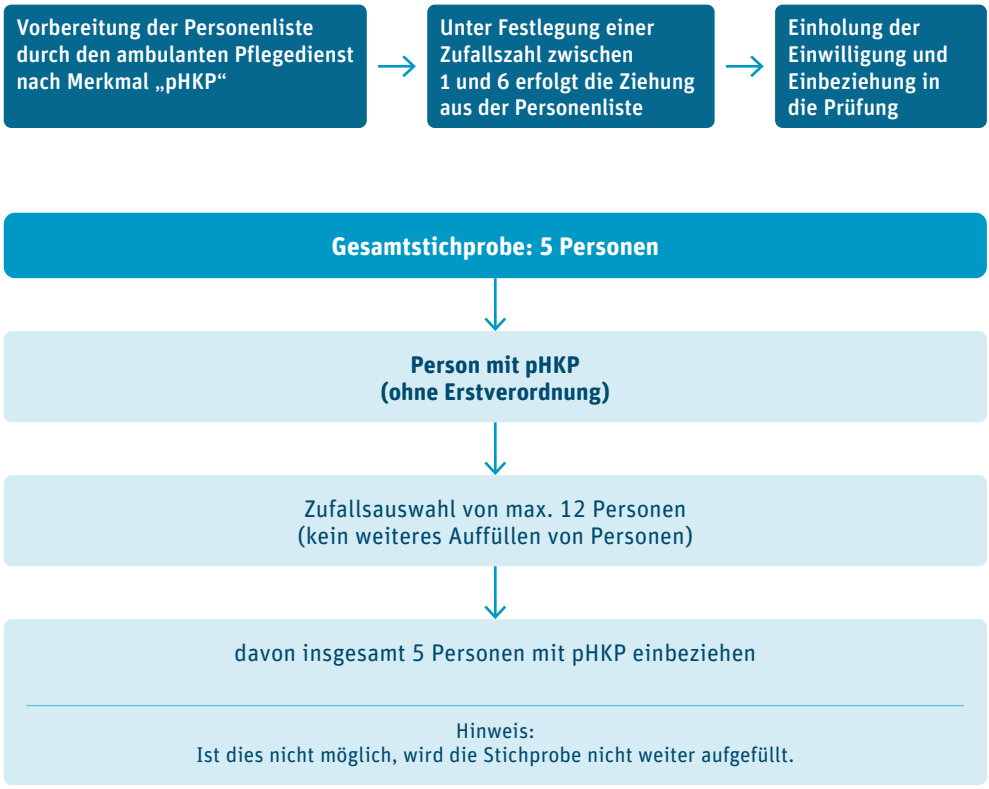


Personenstichprobe für die außerklinische Intensivpflege bis zu 25 %

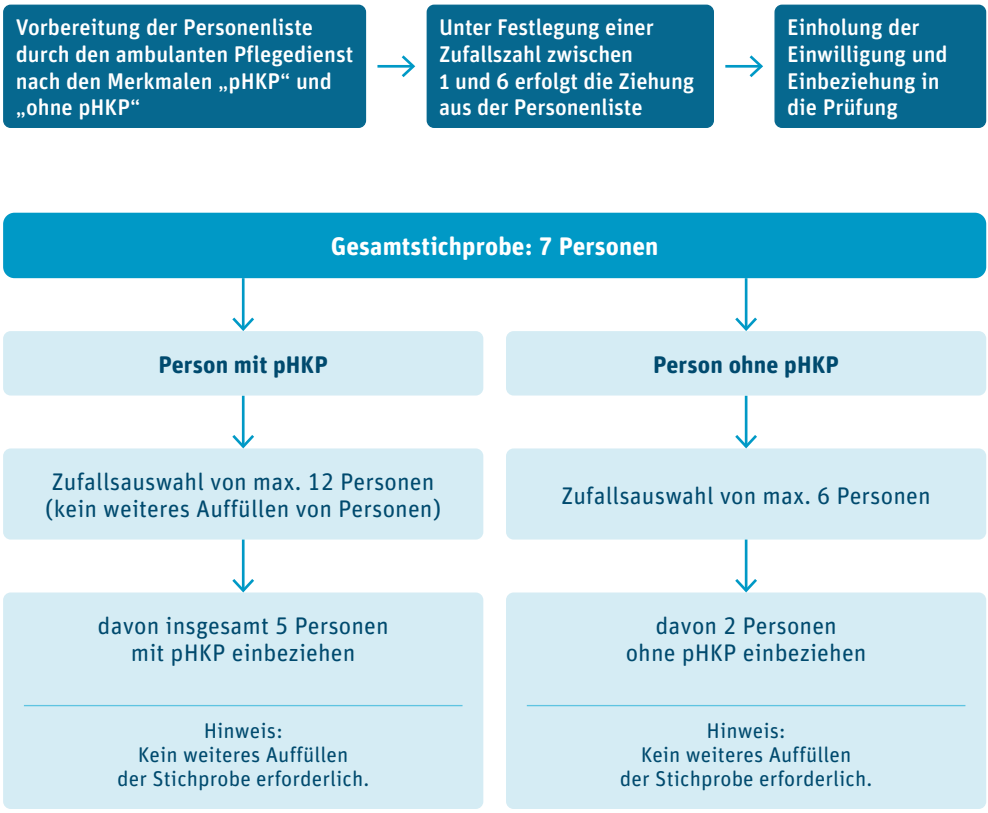


* Gemeint sind beatmete Personen mit AKI und nicht beatmete Personen mit AKI.
** Ziffer 6 Absaugen, Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts, Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle, Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.

Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege mit über 90 %



Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege von mehr als 50 % bis zu 90 %



Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege von mehr als 25 % bis zu 50 %

Vorbereitung der Personenliste durch den ambulanten Pflegedienst nach den Merkmalen „pHKP“ und „ohne pHKP“ → **Unter Festlegung einer Zufallszahl zwischen 1 und 6 erfolgt die Ziehung aus der Personenliste** → **Einholung der Einwilligung und Einbeziehung in die Prüfung**

Gesamtstichprobe: 9 Personen

Teilstichprobe 1

Teilgruppe A
Mobilität = beeinträchtigt
UND
Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Teilgruppe B
Mobilität = beeinträchtigt
UND
Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt

Teilgruppe C
Mobilität = unbeeinträchtigt
UND
Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Zufallsauswahl von max. 6 Personen pro Teilgruppe

davon jeweils 2 Personen pro Teilgruppe einbeziehen

Hinweis:
Kein weiteres Auffüllen der Stichprobe erforderlich.

Teilstichprobe 2

Person mit pHKP

Zufallsauswahl von max. 6 Personen

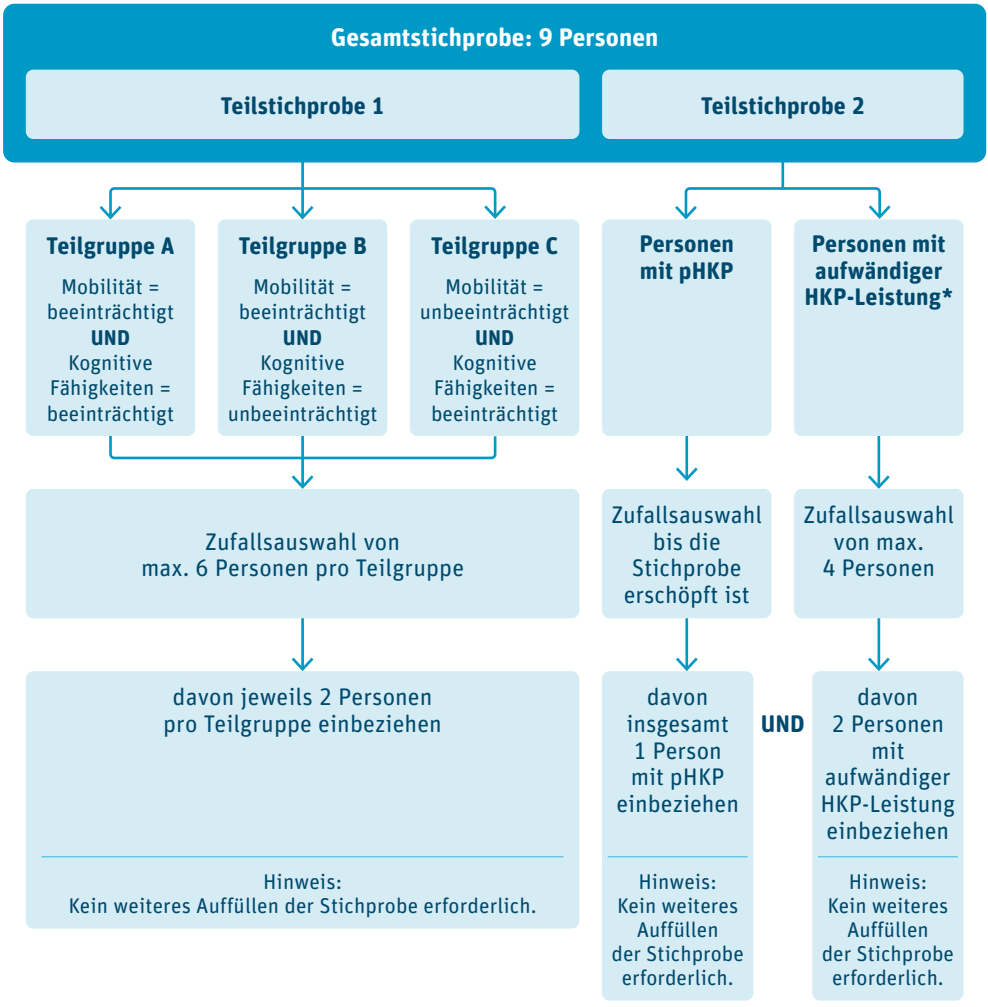
davon insgesamt 3 Personen mit pHKP einbeziehen

Hinweis:
Sollte die Stichprobe mit pHKP nicht möglich sein, dann 3 weitere Personen mit aufwändiger HKP-Leistung* auswählen und einbeziehen.

* Ziffer 6 Absaugen, Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts, Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle, Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.

Personenstichprobe für die psychiatrische häusliche Krankenpflege bis zu 25 %

Vorbereitung der Personenliste durch den ambulante Pflegdienst nach den Merkmalen „pHKP“ und „ohne pHKP“ → **Unter Festlegung einer Zufallszahl zwischen 1 und 6 erfolgt die Ziehung aus der Personenliste** → **Einholung der Einwilligung und Einbeziehung in die Prüfung**



* Ziffer 6 Absaugen, Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts, Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle, Ziffer 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