

An die zu prüfende Einrichtung

Medizinischer Dienst  
Nord

Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg

Telefon 040 25169-0  
Telefax 040 25169-9111

info@mdk-nord.de  
www.mdk-nord.de

Vorstandsvorsitzender:  
Peter Zimmermann

HypoVereinsbank Hamburg  
IBAN: DE78 2003 0000 0616 2656 17  
BIC: HYVE DEMM 300

IK: 190200046

## Qualitätsprüfung nach §§ 114 SGB XI im Auftrage der Landesverbände der Pflegekassen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Landesverbände der Pflegekassen haben den MD Nord beauftragt, in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsprüfung nach §-114 SGB XI vorzunehmen.

Gemäß § 112 Abs. 2 SGB XI sind Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, die ordnungsgemäße Durchführung der hiermit angekündigte Qualitätsprüfung zu ermöglichen. Bitte stellen Sie sicher, dass dem Prüfteam zum o.g. Zeitpunkt Zugang zu Ihrer Pflegeeinrichtung gewährt wird und die entsprechenden Ansprechpartner auf Verlangen notwendige Unterlagen vorlegen und Auskünfte erteilen können.

Wir bitten Sie folgende **Unterlagen zu Prüfbeginn** bereit zu halten:

- eine nach Pflegegraden sortierte **Liste** (Pflegegrad 4 u. 5 in einer gemeinsamen Liste) der Pflegekunden mit Angaben zur Versorgungssituation (SGB XI, SGB V, Sonstige) sowie zum Kostenträger
- Sofern Ihr Pflegedienst Personen versorgt, die ausschließlich Leistungen nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen, bitten wir um eine vollständige Liste dieser Personen, sortiert nach den erbrachten Leistungen der Behandlungspflege entsprechend der in Absatz 7 und 8 der QPR genannten Leistungen (Ziffern 6, 8, 24, 29, 30 und 31a).
- Versorgungsverträge / Vergütungsvereinbarungen (SGB XI und SGB V)
- Pflegeverträge samt Kostenvoranschläge und Rechnungen für die einbezogenen Pflegedürftigen
- Aufstellung der beschäftigten Mitarbeiter und die aktuelle Handzeichenliste in Kopie
- Dienstpläne, Touren- und Einsatzpläne

Bitte halten Sie die Anlage 1 ausgefüllt für uns bereit.

Mit freundlichen Grüßen

Elise Coners  
Fachbereichsleiterin  
Abteilung Pflegeversicherung  
Fachbereich § 114 SGB XI  
Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_

**Datum:**

**Abteilung:**  
PV § 114 SGB XI

**Ansprechperson:**  
Elise Coners  
Durchwahl 4103  
Faxdurchwahl 9411  
Service.PV.114.SGB.XI@mdk-nord.de

**Ihr Zeichen:**

**Ihre Nachricht vom:**

**Unser Zeichen:**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Fax Nr.: \_\_\_\_\_

|   | Gesamt | Davon Leistungsempfänger nach:  |                         |                            |          |
|---|--------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------|
|   |        | Ausschließlich<br>SGB XI (§ 36) | Ausschließlich<br>SGB V | SGB XI (§ 36) und<br>SGB V | Sonstige |
| Versorgte<br>Personen                       |        |                                 |                         |                            |          |
| davon ggf. nach<br>Schwerpunkt<br>Versorgte |        |                                 |                         |                            |          |

1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit:

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

1.7 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:

|   |  |
|---|--|
| a. Ziffer 6 Absaugen  |  |
| b. Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung                     |  |
| c. Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,                               |  |
| d. Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,                      |  |
| e. Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,                         |  |
| f. Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde |  |

## 7.1 Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst bei spezieller Krankenbeobachtung

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

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