

An die zu prüfende Einrichtung

Medizinischer Dienst  
Nord

Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg

Telefon 040 25169-0  
Telefax 040 25169-9111

info@md-nord.de  
www.md-nord.de

Vorstandsvorsitzender:  
Helge Neuwerk

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 Medizinischen Dienst 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 angekündigten 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 **Liste** der in der Versorgung befindlichen Personen, welche
  - Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (**körperbezogene Pflegemaßnahmen** und/oder **pflegerische Betreuungsmaßnahmen**) oder
  - Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder
  - HKP-Leistungen nach § 37 einschließlich pHKP-Leistungen nach 27a HKP-RiLi oder Leistungen der AKI nach § 37c SGB V erhaltenBerücksichtigen Sie hierbei die Mindestangaben entsprechend S. 26 (vgl. Anhang) und die Ausführungen auf S. 25 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie ambulante Pflege - Teil 1a
- Versorgungsverträge / Vergütungsvereinbarungen (SGB XI und SGB V)
- Pflegeverträge samt Kostenvoranschlägen und Rechnungen für die einbezogenen Versicherten
- Aufstellung der Mitarbeitenden und die aktuelle Handzeichenliste in Kopie
- Dienstpläne, Touren- und Einsatzpläne

Bitte halten Sie die Anlage 1 ausgefüllt für uns bereit.

Mit freundlichen Grüßen

Markus Hohmann  
Fachbereichsleiter  
Abteilung Pflegeversicherung  
Fachbereich § 114 SGB XI

Datum:

Abteilung:  
PV§114 SGB XI

Ansprechperson:  
Markus Hohmann  
Durchwahl 4103  
Faxdurchwahl 9411  
Service.PV.114.SGB.XI@md-nord.de

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Unser Zeichen:

Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

|                                                                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Anzahl versorgte Personen insgesamt:                                                                                     |  |
| Anzahl versorgte Personen mit Verordnung über außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V:                            |  |
| Anzahl versorgte Personen mit Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege nach Ziffer 27a der HKP-Richtlinie: |  |

**Beispielhafte Liste der versorgten Personen:**

| Vor- und Zuname | Kontakt Daten bevollmächtigte / betreuende Person | Merkmalsausprägung (A, B, C)* | Aufwändige HKP-Leistungen Ziff. 6, 8, 29, 31a | AKI: B, EV, MV**<br>pHKP: E*** |
|-----------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| Person 1        | Betreuer 1, Telefonnr.: 0166.....                 | A                             | 6, 8, 29                                      |                                |
| Person 2        | Bevollmächtigte 2, Telefonnr.: 0153.....          | A                             |                                               | B, MV                          |
| Person 3        |                                                   | B                             | 31a                                           |                                |
| ....            |                                                   |                               |                                               |                                |

\* Merkmalsausprägung („erhebliche Beeinträchtigung“ im Sinne des Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit):

A Mobilität und kognitive Fähigkeiten sind beeinträchtigt

B Mobilität ist beeinträchtigt, kognitive Fähigkeiten sind unbeeinträchtigt

C Kognitive Fähigkeiten sind beeinträchtigt, Mobilität ist unbeeinträchtigt

\*\* AKI: B Person ist beatmet  
EV Person lebt in Einfachversorgung  
MV Person lebt in Mehrfachversorgung

\*\*\* pHKP: E Erstverordnung (laut HKP-Verordnung, Verordnungsdatum liegt weniger als 4 Wochen zurück)