

## MDK Prüfung ambulant 2017

- ▶ die neue Pfllegetransparenzvereinbarung ambulant (PTVA) und
- ▶ die Abrechnungsprüfung

erste Praxiserfahrungen aus zwei  
MDK Prüfungen

**Silke Mathey**

**Leitung gesundheitspfllegerische Dienste**

## Agenda

- **Historie**
- **Änderungen in der PTVA, insbesondere §§ 1, 2 und 3**
- **Änderungen in den Qualitätsbereichen**
- **Abrechnungsprüfung**

## ➤ **April 2015:**

Bundesschiedsstelle Qualitätssicherung wird vom GKV Spitzenverband angerufen zur Weiterentwicklung der PTVA

## ➤ **Dezember 2015:**

Abschluss des Verfahrens;  
verhandelt wurden die Transparenzkriterien, Ausfüllanleitung, Bewertungssystematik und Stichprobe (Pflegestärkungsgesetz II mit der Einführung der Pflegegrade musste berücksichtigt werden!).

## ➤ **Oktober 2016:**

Genehmigung der angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) durch das Bundesgesundheitsministerium und Beginn der Abrechnungsprüfungen

➤ **Januar 2017:** neue PTVA tritt in Kraft (Ausnahme: Änderung zur regelmäßigen Erste Hilfe Schulung der Mitarbeitenden ⇒ bereits zum 01.01.2016 wirksam geworden / Transparenzkriterium 32 alt, neu 29).

## ➤ Hinweis:

„ Die Vertragsparteien haben diese Vereinbarung in dem Wissen getroffen, dass es derzeit *keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt*“ (Vorwort der PTVA 2009 und 2015).

## ➤ § 1 Kriterien der Veröffentlichung

Redaktionelle Änderung zum Begriff des *Kunden*  
⇒ *Pflegebedürftiger* (durchgängig)

## ➤ § 2 Auswahl der in die Prüfung

**einbezogenen pflegebedürftigen Menschen**

Acht Personen, unabhängig von der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen ⇒ *je drei*

*aus Pflegegrad 2 und 3 sowie zwei aus 4 und 5 / zufällige Auswahl / Sachleistungsbezug mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen*

## ➤ § 3 Bewertungssystematik

- 46 Kriterien (vorher 49)
- Ermittlung der Note anhand der Ergebnisse aus den Qualitätsbereichen 1 bis 3 (wie gehabt)

| Qualitätsbereiche                              | Laufende Nummern<br>(Anzahl der Kriterien) |
|--|--|
| 1. Pflegerische Leistungen                     | 1 – 17 (17)                                |
| 2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen | 18 – 25 (8)                                |
| 3. Dienstleistung und Organisation             | 26 – 34 (9)                                |
| 4. Befragung der pflegebedürftigen Menschen    | 35 – 46 (12)                               |
| zusammen                                       | 1 – 46 (46)                                |

# Änderungen in den §§ 1, 2 und 3

rundum gut

- ‚Verschärfung‘ der Notengebung anhand der Skalenwerte:

PTVA alt

PTVA neu

Tabellenanhang

| Bezeichnung der Note | Note | Skalenwert             |
|----------------------|------|------------------------|
| sehr gut             | 1,0  | <del>9,74</del> - 10   |
|                      | 1,1  | <del>9,48</del> - 9,73 |
|                      | 1,2  | <del>9,22</del> - 9,47 |
|                      | 1,3  | <del>8,96</del> - 9,21 |
|                      | 1,4  | <del>8,70</del> - 8,95 |
| gut                  | 1,5  | <del>8,56</del> - 8,60 |
|                      | 1,6  | <del>8,42</del> - 8,55 |
|                      | 1,7  | <del>8,28</del> - 8,41 |
|                      | 1,8  | <del>8,14</del> - 8,27 |
|                      | 1,9  | <del>8,00</del> - 8,13 |
|                      | 2,0  | <del>7,86</del> - 7,99 |
|                      | 2,1  | <del>7,72</del> - 7,85 |
|                      | 2,2  | <del>7,58</del> - 7,71 |
|                      | 2,3  | <del>7,44</del> - 7,57 |
|                      | 2,4  | <del>7,30</del> - 7,43 |

Tabellenanhang

| Bezeichnung der Note | Note | Skalenwert   |
|----------------------|------|--------------|
| sehr gut             | 1,0  | 9,87 - 10,00 |
|                      | 1,1  | 9,73 - 9,86  |
|                      | 1,2  | 9,59 - 9,72  |
|                      | 1,3  | 9,45 - 9,58  |
|                      | 1,4  | 9,31 - 9,44  |
| gut                  | 1,5  | 9,17 - 9,30  |
|                      | 1,6  | 9,03 - 9,16  |
|                      | 1,7  | 8,89 - 9,02  |
|                      | 1,8  | 8,75 - 8,88  |
|                      | 1,9  | 8,61 - 8,74  |
|                      | 2,0  | 8,47 - 8,60  |
|                      | 2,1  | 8,33 - 8,46  |
|                      | 2,2  | 8,19 - 8,32  |
|                      | 2,3  | 8,05 - 8,18  |
|                      | 2,4  | 7,91 - 8,04  |



## ➤ Qualitätsbereich 1 Pflegerische Leistungen neu aufgenommen Kriterium 2:

Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?

### Ausfüllanleitung:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn keine Defizite bei der vereinbarten Leistung erkennbar sind. Die Frage ist auch mit „ja“ zu beantworten, wenn Defizite in der vereinbarten Körperpflege, erkennbar sind und der ambulante Pflegedienst nachvollziehbar seine fehlende Einwirkungsmöglichkeit dokumentiert hat.

## Änderung in Kriterium 6:

Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?

## Ausfüllanleitung:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.

Analog dazu Änderung in Kriterium 9:

Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?

## *Ausfüllanleitung:*

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen zur Körperpflege, Ernährung oder/und Flüssigkeitsversorgung ein Ernährungsrisiko erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.

# Änderungen in den Qualitätsbereichen mundum gut

Verschiebung von Kriterium 17 aus  
Qualitätsbereich 3 in Qualitätsbereich 1:

---

**Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?**

Ausfüllanleitung:

Der Nachweis des Kriteriums erfolgt über die  
Pflegedokumentation oder andere schriftliche Nachweise.  
Bei Zweifeln des Prüfers werden ergänzend  
Pflegebedürftige, Angehörige oder Pflegepersonal befragt.

Folgende Kriterien wurden gestrichen:

- 13** Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen (...) berücksichtigt?
  
- 27** Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?

## ➤ Qualitätsbereich 2 Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

Ergänzungen in der Ausfüllanleitung zu Kriterium 19 Medikamentengabe:

Die ärztliche Verordnung ist Bestandteil der Pflegedokumentation.

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

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

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

neu aufgenommen Kriterium 20:

**Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?**

**Ausfüllanleitung:**

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

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

Fragestellung und Ausfüllanleitung zu Kriterium 24 geändert:

---

**Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?**

**Ausfüllanleitung:**

---

Das Kriterium ist auch erfüllt,

d) wenn der Kompressionsverband/-strumpf zum Zeitpunkt der Prüfung sachgerecht angelegt ist

e) oder der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.

Ist der Kompressionstrumpf/-verband nicht sachgerecht oder nicht angelegt, klärt der Prüfer die Gründe hierfür (Pflegedokumentation, Befragung des pflegebedürftigen Menschen oder Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.



Folgende Kriterien wurden gestrichen:

**21** Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen (...) bei beatmungspflichtigen Menschen ⇒ *aber noch Prüffrage der QPR!*

**25** Katheterisierung der Harnblase

**26** Stomabehandlung

## ➤ Qualitätsbereich 3 Dienstleistung und Organisation

Änderung / Ergänzung in der Ausfüllanleitung zu Kriterium 29 (ehemals 32):

**Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?**

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst belegen kann, dass Schulungen in Erster Hilfe und zum Verhalten bei Notfallmaßnahmen in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt wurden.

**Bei einer Stichprobe von 10% der Mitarbeitenden, die mindestens 1 Jahr im Pflegedienst beschäftigt sind, werden Nachweise eingesehen.**

## ➤ Informationsquellen / Nachweise der personenbezogenen Kriterien

- Inaugenscheinnahme des in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen,
- Auswertung der Pflegedokumentation,
- Befragung der Pflegebedürftigen,
- Befragung der Angehörigen,
- Auskunft/Information/Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiter.

⇒ **fachliche Perspektive mehr im Mittelpunkt...**

**„Die Prüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen“** (Qualitätsprüfungsrichtlinien 2016)

- abgerechnete Leistungskarten und Rechnungen der zwei zurückliegenden Monate der begutachteten Versicherten
- Pflegevertrag und Kostenvoranschlag

- Anzahl der geplanten und abgerechneten Leistungen im SGB XI (**nur § 36 Sachleistung**) und in diesem Zusammenhang auch SGB V
- bei sieben Einsätzen (jeweils für SGB XI und SGB V in der Früh- und Abendtour) darüber hinaus (abgeschlossener) Dienstplan → Einteilung in welche Tour? Tourenplan dementsprechend? Übereinstimmung Handzeichen des Mitarbeitenden und geplanter Mitarbeitender?

⇒ **vermehrter Zeitaufwand!**

**Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und  
freue mich auf den Dialog mit Ihnen:**

**Auswirkung der neuen  
PTVA / Abrechnungsprüfung auf die Praxis -  
wie sind Ihre Erfahrungen?**