

DICKIES HELDEN

ACADEMY MAGAZINE · VOL. 1 · N° 04 · DIGITAL EDITION 2026 · €0



IN DIESER AUSGABE

MDK. Ohne Angst.

Der Survival-Guide für den Prüftag im Pflegedienst.

- *60-Minuten-Notfall-Plan*
10 HÄUFIGSTE PRÜF-THEMEN
Alle QPR-Zitate abgleichbar



0-000-00007-5



€0 | N° 04

FÜR PDLs, INHABER & QUALITÄTSBEAUFTRAGTE · AMBULANT

Der MD-Prüfung Survival-Guide.

Was prüft der Medizinische Dienst (MD) wirklich? Welche Fragen stellt er hinter den Standard-Formulierungen? Wo kürzt er am häufigsten? Dieser Guide gibt dir die 23 typischen MD-Fragen, gegliedert nach den 5 Qualitätsbereichen – mit Hintergrund-Logik, Sofort-Antwort-Mustern und den 7 No-Gos, die zur direkten Abwertung führen. Plus 12 häufigste Kürzungsgründe mit Gegenmaßnahmen und ein 5-Seiten-Anhang zur Pflegegrad-Begutachtung.

Hero-Case · „Wir hatten 14 Tage Zeit“

Eine echte PDL-Story (anonymisiert · Juni 2025): Ein ambulanter Pflegedienst im Ruhrgebiet bekommt eine MD-Anlassprüfung angekündigt – mit 14 Tagen Vorlauf, weil eine Angehörige sich über „mangelnde Schmerztherapie“ beschwert hat. Die PDL ist neu im Amt, der Pflegedienst hat seit 18 Monaten keine systematische Schmerzerfassung mehr dokumentiert. Ergebnis nach der Prüfung: **13 Mängel**, darunter 4 schwere. Drei Monate später: zweite Prüfung. Ergebnis: **0 Mängel**. Was hat sich verändert? Genau die Punkte, die in diesem Guide stehen.

Die 5 Praxis-Pannen, die du in diesem Guide auflöst

Bereich	Typische Panne
1 · Pflegerische Versorgung	Schmerzerfassung nicht aktuell · Risikoassessment veraltet · Maßnahmenplan vs. Realität
2 · Sturz- & Notfall	Sturzprotokoll fehlt · Evaluation versäumt · Arztanordnungen unvollständig
3 · Hygiene & Medi	Hygieneplan nicht abgezeichnet · Schulungsnachweise fehlen · Desinfektionskontrollen unvollständig
4 · Wundversorgung	Wunddoku lückenhaft · keine Fotodoku · Verbandwechsel nicht nachvollziehbar
5 · Beratung & Einwilligung	Einverständniserklärung fehlt · Pflegevisiten nicht durchgeführt · § 37.3-Beratungen versäumt

Teil 1 · Methodik & Rechtsgrundlagen

Die MD-Prüfung in der ambulanten Pflege beruht auf § 114 SGB XI (Qualitätsprüfung) und wird nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR ambulant) des MD durchgeführt. Seit der Reform 2019/2020 läuft die Prüfung indikatoren-basiert mit Fokus auf Ergebnisqualität (was bewirkt die Pflege?) statt nur Strukturqualität (was ist organisiert?).

Die 3 Prüfungs-Arten

Art	Was du wissen musst
Regelprüfung	Pflicht alle 1-3 Jahre · vorher angekündigt · vollständiges Prüfraster · Veröffentlichung im Pflegenavigator
Anlassprüfung	Nach Beschwerde oder konkretem Hinweis · oft kurzfristig (14-Tage-Vorlauf) · gezielt auf Beschwerde-Thema
Wiederholungsprüfung	Nach Mängeln aus vorheriger Prüfung · prüft NUR die zuvor festgestellten Mängel-Punkte

Vorbereitung: Die 5 Dokumente, die griffbereit sein müssen

1. QM-Handbuch aktuell, abgezeichnet, mit Datum
2. Hygieneplan jährlich aktualisiert, von Hygienebeauftragtem + PDL gegengezeichnet
3. Schulungs-Matrix mit Soll/Ist-Übersicht aller Pflichtschulungen
4. Patientenakten-Stichprobe der zu prüfenden Patienten (10 % aller Patienten werden in der Regel ausgewählt)
5. Personalakte mit Qualifikationsnachweisen + Zertifikaten

Wichtige Vor-Info: Der MD darf bei der Regelprüfung deine **Pflegedokumentation umfassend einsehen** – auch die elektronische. Stelle sicher, dass alle Mitarbeiter im QM-System angemeldet sind und keine offenen To-dos in der Dokumentation stehen.

Teil 2 · Die typischen MD-Fragen je Bereich

Jede Frage hat zwei Dimensionen: was der MD fragt (Oberfläche) und was er wirklich wissen will (Hintergrund). Die Antwort-Muster sind so formuliert, dass du sie im O-Ton der Pflegedienst-Realität wiedergeben kannst – ohne hilflos zu wirken.

Bereich 1 · Pflegerische Versorgung & Risiko-Management

Typische Prüfungs-Panne in diesem Bereich: Schmerzerfassung nicht aktuell · Risikoassessment veraltet · Maßnahmenplan vs. Realität

Frage 1: Wann wurde zuletzt eine systematische Schmerzerfassung dokumentiert?

Was der MD wirklich wissen will: Hinter der Frage: Aktualität des Assessments (NRS / VRS / BESD bei Demenz). MD will sehen, dass Schmerz regelmäßig (mind. monatlich + bei Bedarf) erfasst und in der Pflegedoku verschriftlicht wird.

Antwort-Muster: „Schmerzerfassung erfolgt regelmäßig nach NRS bzw. BESD bei eingeschränkter Auskunftsfähigkeit, dokumentiert in der SIS-Themenfeld 2 + im Pflegebericht. Letzte Erfassung am [Datum].“

Frage 2: Welches Risikoassessment für Sturz / Dekubitus / Inkontinenz haben Sie?

Was der MD wirklich wissen will: Erwartet werden anerkannte Skalen: Sturz (z. B. Tinetti, Hendrich II), Dekubitus (Braden, Norton), Inkontinenz (in SIS).

Antwort-Muster: „Wir nutzen Braden-Skala für Dekubitus, Hendrich II für Sturz. Re-Evaluation bei jeder Status-Veränderung, mindestens halbjährlich. Letzte Aktualisierung [Datum].“

Frage 3: Wie passt der Maßnahmenplan zur tatsächlich erbrachten Leistung?

Was der MD wirklich wissen will: Klassischer Kürzungsgrund: Tagespflege-Bogen oder Doku zeigt andere Leistungen als der Maßnahmenplan vorsieht. Bei Soll/Ist-Abweichung wird gekürzt.

Antwort-Muster: „Der Maßnahmenplan wird bei jeder gravierenden Pflegegrad- oder Bedarfsänderung aktualisiert. Abweichungen sind im Pflegebericht mit Begründung dokumentiert.“

Frage 4: Wie evaluieren Sie die Pflegemaßnahmen?

Was der MD wirklich wissen will: Evaluation = Pflicht. Nicht nur planen, sondern zeigen: ist das Ziel erreicht? Wenn nicht, wurde der Plan angepasst?

Antwort-Muster: „Evaluation erfolgt mindestens halbjährlich oder bei Statusänderung. Wir dokumentieren erreichte Ziele und Anpassungen direkt im Pflegeplan.“

Frage 5: Wo sehe ich, dass die Pflegekraft die SIS gelesen hat?

Was der MD wirklich wissen will: MD will Zeichen sehen, dass die SIS gelebt wird – nicht nur Schubladen-Doku. Handzeichen, Updates, bezogene Einträge im Pflegebericht.

Antwort-Muster: „Jede Pflegekraft zeichnet bei Übernahme/Wechsel die SIS gegen. Bei Bedarfsänderung erfolgt sofortiger Eintrag im Pflegebericht mit Verweis auf das SIS-Themenfeld.“

Bereich 2 · Sturz- & Notfall-Management

Typische Prüfungs-Panne in diesem Bereich: Sturzprotokoll fehlt · Evaluation der Maßnahmen versäumt · Arztanordnungen unvollständig

Frage 1: Was passiert nach einem Sturz – Schritt für Schritt?

Was der MD wirklich wissen will: MD prüft den Sturzprozess: Sofort-Hilfe, Sturzprotokoll innerhalb 24h, Information an Hausarzt/Angehörige, Anpassung Sturzprophylaxe.

Antwort-Muster: „Bei jedem Sturz wird innerhalb 24h ein Sturzprotokoll erstellt (Datum, Uhrzeit, Umstände, Verletzungen). Hausarzt + Angehörige werden informiert. Sturzprophylaxe wird angepasst, neue Maßnahmen im Pflegeplan ergänzt.“

Frage 2: Wo finde ich die Evaluation der angepassten Sturzprophylaxe?

Was der MD wirklich wissen will: Nicht nur reagieren – sondern zeigen, dass die geänderte Maßnahme nach 2-4 Wochen evaluiert wurde.

Antwort-Muster: „Evaluation erfolgt 4 Wochen nach Maßnahmenänderung. Wir dokumentieren, ob ein erneuter Sturz aufgetreten ist und ob das angepasste Konzept greift.“

Frage 3: Sind alle Arztanordnungen vollständig dokumentiert?

Was der MD wirklich wissen will: Pflicht: Datum, Anordnender Arzt, Verordnungsinhalt, Gültigkeit, ggf. Faxbeleg/Mail-Verlauf. Lücken = Kürzung.

Antwort-Muster: „Jede Arztanordnung wird mit Datum, Arztname, Inhalt und Gültigkeit in der Patientenakte hinterlegt. Verordnungs-Ablaufverfolgung über QM-Tool, 14 Tage vor Ablauf erinnert das System automatisch.“

Frage 4: Wer ist Pflegefachkraft im Bereitschaftsdienst?

Was der MD wirklich wissen will: 24/7-Erreichbarkeit ist Pflicht. MD will Namen, Rufnummer, Vertretungsregelung.

Antwort-Muster: „Bereitschaft 24/7 durch examinierte Pflegefachkraft. Aushang im Büro + auf Patientenbogen. Vertretungsregelung schriftlich im QM-Handbuch.“

Bereich 3 · Hygiene & Medikamenten-Management

Typische Prüfungs-Panne in diesem Bereich: Hygieneplan nicht abgezeichnet · Schulungsnachweise fehlen · Desinfektions-/Medi-Kontrollen unvollständig

Frage 1: Wer hat den aktuellen Hygieneplan abgezeichnet und wann?

Was der MD wirklich wissen will: MD-Klassiker: Hygieneplan vorhanden, aber ohne aktuelle Unterschrift = entwertet. Jährliche Aktualisierung Pflicht.

Antwort-Muster: „Hygieneplan wird jährlich aktualisiert und vom Hygienebeauftragten + PDL gegenzeichnet. Letzter Stand: [Datum]. Original im QM-Ordner, Kopie im Pausenraum.“

Frage 2: Wo sehen Sie die Hygieneschulungs-Nachweise?

Was der MD wirklich wissen will: Pflicht: jede Pflegekraft mindestens jährlich Hygieneschulung – mit Unterschriften-Liste, Inhalt, Datum, Schulungsleitung.

Antwort-Muster: „Jährliche Hygieneschulung für alle Mitarbeiter. Unterschriften-Liste mit Inhalts-Stichworten im QM-Ordner. Neue Mitarbeiter: Erst-Schulung in der Einarbeitungswoche.“

Frage 3: Wie kontrollieren Sie die Desinfektionsmittel-Vorräte?

Was der MD wirklich wissen will: Verfallsdaten + Bestandsliste + offene Gebinde-Dokumentation. Abgelaufenes DM = direktes Mangel-Hit.

Antwort-Muster: „Monatliche Bestands- und Verfallsdatum-Kontrolle durch Hygienebeauftragten. Offene Gebinde mit Anbruchdatum versehen. Protokoll im QM-Ordner Reiter 4.“

Frage 4: Wie ist die Medikamenten-Lagerung organisiert?

Was der MD wirklich wissen will: Bei Patienten zu Hause: Pflegedienst-eigene Bestände korrekt gelagert (Temperatur, Verfall, getrennt nach Patient).

Antwort-Muster: „Pflegedienst-eigene Medikamente werden patientenspezifisch in verschließbaren Boxen gelagert. Temperaturkontrolle bei kühlpflichtigen Medikamenten dokumentiert. Verfalls-Check monatlich.“

Bereich 4 · Wundversorgung & Behandlungspflege

Typische Prüfungs-Panne in diesem Bereich: Wunddoku lückenhaft · keine aktuelle Fotodoku · Verbandwechsel nicht nachvollziehbar

Frage 1: Wo sehe ich die aktuelle Wunddokumentation?

Was der MD wirklich wissen will: Wundgröße (cm), Tiefe, Wundgrund, Wundrand, Exsudat, Geruch – pro VW dokumentiert. Plus Fotodoku 1-2× pro Woche bei chronischer Wunde.

Antwort-Muster: „Wunddokumentation nach Expertenstandard chronische Wunden. Jeder VW wird mit allen Wundparametern + Fotodoku (2× pro Woche bei chronischen Wunden) in der elektronischen Akte dokumentiert.“

Frage 2: Welche Wundversorgungs-Materialien werden verwendet und warum?

Was der MD wirklich wissen will: Begründung warum dieses Material – Bezug zur Wundphase + Arztanordnung.

Antwort-Muster: „Materialwahl nach Wundphase (Exsudation, Granulation, Epithelisierung) gemäß Expertenstandard. Wechsel der Materialien wird in Wunddoku begründet, ärztliche Verordnung liegt vor.“

Frage 3: Wer hat die Wundversorgungs-Schulung gemacht?

Was der MD wirklich wissen will: Nicht jede Pflegekraft darf chronische Wunden versorgen. ICW-Zertifikat oder vergleichbare Wundtherapie-Fortbildung erwartet.

Antwort-Muster: „Chronische Wundversorgung nur durch zertifizierte Wundexperten (ICW oder vergleichbar). Liste der zertifizierten Mitarbeiter im QM-Handbuch.“

Frage 4: Wie ist die Schnittstelle zum Arzt geregelt?

Was der MD wirklich wissen will: Bei Wundverschlechterung: Wer informiert wann? Dokumentation der Arzt-Information Pflicht.

Antwort-Muster: „Bei jeder Wundverschlechterung wird der Hausarzt innerhalb 24h informiert. Information wird mit Datum, Uhrzeit, Inhalt + ggf. Faxprotokoll in der Patientenakte hinterlegt.“

Bereich 5 · Beratung, Einwilligung & Pflegevisite

Typische Prüfungs-Panne in diesem Bereich: Einverständniserklärung fehlt · Pflegevisiten nicht durchgeführt · Beratungsnachweise § 37.3 nicht aktuell

Frage 1: Wo ist die unterschriebene Einwilligungserklärung zur Pflege?

Was der MD wirklich wissen will: Pflichterklärung VOR Pflegebeginn. Inhalt: konkrete Leistungen, Datenschutz, Foto-Doku bei Wunden.

Antwort-Muster: „Vor Pflegebeginn wird die Einwilligungserklärung unterzeichnet (Leistungsumfang + Datenschutz + Fotodokumentation bei Wundversorgung). Original in der Patientenakte.“

Frage 2: Wann findet die Pflegevisite statt und durch wen?

Was der MD wirklich wissen will: Pflicht: Pflegevisite mindestens halbjährlich durch PDL + Patient/Angehörige. Protokoll mit Unterschrift.

Antwort-Muster: „Halbjährliche Pflegevisite durch PDL gemeinsam mit Patient und Angehörigen. Protokoll mit drei Unterschriften (PDL · Patient · Angehörige). Termin im QM-Kalender.“

Frage 3: Sind die Beratungsnachweise nach § 37 Abs. 3 SGB XI aktuell?

Was der MD wirklich wissen will: Bei Patienten mit Geldleistung (nicht Sachleistung): Pflegevisite pflichtmäßig halbjährlich bzw. vierteljährlich je nach PG. Nachweis-Pflicht!

Antwort-Muster: „§ 37.3-Beratungsbesuche werden bei reinen Geldleistungs-Empfängern in den vorgeschriebenen Intervallen (PG 2/3: halbjährlich; PG 4/5: vierteljährlich) durchgeführt. Beratungsbogen wird an die Pflegekasse weitergeleitet, Kopie in der Patientenakte.“

Frage 4: Wer informiert über Patientenrechte (Beschwerderecht, Datenschutz)?

Was der MD wirklich wissen will: MD prüft, ob Patient seine Rechte kennt. Aushang im Büro + schriftliche Aushändigung beim Erstbesuch.

Antwort-Muster: „Beim Erstbesuch erhält jeder Patient eine schriftliche Patienteninformation (Beschwerdeweg, Datenschutz, Pflegevertrag). Aushändigung wird dokumentiert.“

Frage 5: Wie ist die Beschwerdebearbeitung geregelt?

Was der MD wirklich wissen will: Beschwerdemanagement-Prozess + Reaktionszeit + Dokumentation. Beschwerden ohne Antwort = Abwertung.

Antwort-Muster: „Beschwerden werden binnen 48h schriftlich bestätigt und binnen 14 Tagen mit Lösungsvorschlag beantwortet. Beschwerderegister im QM-Ordner.“

Teil 3 · Die 7 No-Gos · Direkte Abwertung

Diese sieben Punkte führen bei der MD-Prüfung zur sofortigen Mängel-Eintragung – ohne Diskussion. Wer einen davon hat, startet schon mit einem Minus.

Nr.	Was	Warum es zur Abwertung führt
No-Go 1	Mitarbeiter weiß nicht, wer die PDL ist	Direkte Kompetenz-Abwertung. Jede Pflegekraft muss PDL + Stellvertretung namentlich kennen.
No-Go 2	SIS / Pflegeplan offensichtlich nicht aktualisiert	Wenn Eintrag in SIS älter als 6 Monate ohne Statusänderung = Verstoß. Mindestens halbjährliche Aktualisierung Pflicht.
No-Go 3	Verordnung für Behandlungspflege abgelaufen	Ohne gültige Verordnung kein Anspruch. Verordnungs-Ablauftracker im QM-System einrichten.
No-Go 4	Keine aktuelle Schulungs-Nachweise (Hygiene, Erste Hilfe, Brandschutz)	Pflicht-Themen mindestens jährlich. Fehlende Nachweise = direkter Mangel.
No-Go 5	Pflegedokumentation nicht abgezeichnet	Jeder Eintrag = Handzeichen + Datum + Uhrzeit. Anonyme Einträge = nicht prüfbar = Kürzung.
No-Go 6	Patient kennt seine Pflegekräfte nicht	Wenn Patient bei MD-Besuch nicht weiß, wer ihn pflegt, ist die Beziehungsqualität in Frage.
No-Go 7	Kein Beschwerdemanagement-Konzept	Beschwerderegister + Reaktionszeit + Eskalations-Weg sind Pflicht. Fehlt das = grober Mangel.

Teil 4 · Mustertext „Selbstauskunft Pflegedienst“

Beim MD-Erstgespräch ist es Gold wert, wenn du eine schriftliche Selbstauskunft vorlegst. Sie zeigt Struktur, beantwortet die ersten 5 Fragen vorab und nimmt Tempo raus. Hier eine bewährte Vorlage zum Anpassen:

Selbstauskunft Pflegedienst [Name] · Stand [Datum]

1. Versorgungsstruktur: [Anzahl Patienten] Patienten, davon [X] SGB XI Sachleistung, [Y] SGB V Behandlungspflege. [Z] examinierte Pflegefachkräfte (VZ + TZ), [Q] Pflegehilfskräfte. PDL: [Name], Stellvertretung: [Name].

2. Qualitätsmanagement: QM-System nach [DIN EN 15224 / ISO 9001 / o.ä.]. Letzte interne Audits: [Datum]. QM-Beauftragte/r: [Name].

3. Schulungs-Stand: Alle Mitarbeiter mit aktuellem Hygiene-, Erste-Hilfe-, Brandschutz- und Datenschutz-Nachweis (Soll/Ist-Matrix im QM-Ordner Reiter 3).

4. Risiko-Management: Standardisierte Assessments für Sturz (Hendrich II), Dekubitus (Braden), Schmerz (NRS/BESD). Re-Evaluation halbjährlich oder anlassbezogen.

5. Schnittstellen: Schriftliche Kommunikations-Standards mit Hausärzten + Apotheken. 24/7-Bereitschaftsdienst über examinierte Fachkraft.

6. Beschwerdemanagement: Schriftlicher Prozess mit 48h-Eingangsbestätigung + 14-Tage-Lösungs-Antwort. Beschwerderegister im QM-Handbuch.

Teil 5 · Die 12 häufigsten Kürzungsgründe + Gegenmaßnahmen

Diese 12 Punkte machen 85 % aller MD-Mängel in der ambulanten Pflege aus. Für jeden Punkt gibt es eine konkrete Gegenmaßnahme, die du noch heute in dein QM-System einbauen kannst.

Kürzungsgrund	Gegenmaßnahme
Fehlende Schmerzerfassung	Strukturierte Erfassung (NRS / BESD) mindestens monatlich + bei Bedarf einführen. Erinnerung im QM-System.
Sturzprotokoll nicht binnen 24h erstellt	Sofort-Protokoll-Vorlage griffbereit. Eskalations-SMS an PDL bei Sturzmeldung im Bereitschaftsdienst.
Hygieneplan ohne aktuelles Datum	Jährliche Aktualisierung + Gegenzeichnung Hygienebeauftragter + PDL. QM-Kalender-Erinnerung.
Wunddokumentation ohne Fotodoku	Bei chronischen Wunden 1-2× wöchentlich Foto. Datenschutz-Einwilligung vorher einholen.
Beratungsbesuch § 37.3 verspätet	Termin-Tracking-System pro Patient. 4 Wochen vor Fälligkeit Erinnerung an Tour-Disponent.
Maßnahmenplan vs. Realität abweichend	Bei jeder Status-Änderung: Anpassung im Maßnahmenplan + Verweis im Pflegebericht.
Einwilligungserklärung fehlt	Vor Pflegebeginn unterschreiben lassen. Checkliste „Aufnahme-Pflicht-Dokumente“ in der QM-Vorlage.
Schulungsnachweise unvollständig	Jährliche Schulungs-Matrix mit Soll/Ist-Übersicht. Fehlende Schulungen auf rot = sofortige Nachholung.
Medikamenten-Vorrat abgelaufen	Monatliche Verfalls-Kontrolle durch Hygienebeauftragten. Liste im QM-Ordner.
Arzt-Schnittstelle nicht dokumentiert	Bei jeder relevanten Info an Arzt: Datum, Uhrzeit, Inhalt + Faxprotokoll/Mail in der Patientenakte.
Pflegevisite nicht durchgeführt	Halbjährlich verbindlich. Termin im PDL-Kalender + Vor-/Nachbereitungs-Bogen.
Mitarbeiter-Qualifikation unklar	Qualifikations-Matrix mit Zertifikaten je Mitarbeiter. Sichtbar im QM-Handbuch + im Personalakte.

Teil 6 · Anhang · Pflegegrad-Begutachtung nach § 18 SGB XI

Eine zweite, davon getrennte MD-Tätigkeit ist die Begutachtung zur Pflegegrad-Feststellung nach § 18 SGB XI. Sie betrifft den einzelnen Versicherten, nicht den Pflegedienst. Da Pflegekräfte aber oft von Patienten und Angehörigen zu diesem Thema befragt werden, hier die 5 wichtigsten Punkte für die Beratungsrolle.

Wie läuft die Begutachtung ab?

1. Antrag des Versicherten bei der Pflegekasse
2. MD beauftragt mit Begutachtungsauftrag
3. Termin (in der Regel Hausbesuch, bei Pandemie/Sonderfall auch telefonisch/digital)
4. Gutachter erfasst die 6 Module + Begutachtungs-Instrumente
5. Pflegekasse entscheidet auf Basis des Gutachtens

Die 6 Begutachtungs-Module (Gewichtung in %)

Modul	Anteil	Inhalt
1 · Mobilität	10 %	Fortbewegung, Treppensteigen, Lagewechsel
2 · Kognitive & kommunikative Fähigkeiten	7,5 %	Orientierung, Erinnerung, Gespräch verstehen
3 · Verhaltensweisen & psychische Problemlagen	7,5 %	Aggressivität, Ängste, nächtliche Unruhe
4 · Selbstversorgung	40 %	Waschen, Anziehen, Essen, Trinken, Toilette
5 · Bewältigung von Krankheits-/Therapie-Anforderungen	20 %	Medikamente, Verbände, Arztbesuche
6 · Gestaltung des Alltagslebens & sozialer Kontakte	15 %	Tagesablauf, Beschäftigung, Kontakte

Welche Unterlagen sollte der Versicherte vorbereiten?

- Pfllegetagebuch der letzten 14 Tage (wer hilft wobei, wie lange)
- Arztberichte aller relevanten Diagnosen (Hausarzt, Fachärzte)
- Krankenhaus-Entlass-Briefe der letzten 12 Monate
- Medikamentenplan aktuell, mit Dosierungen
- Hilfsmittel-Liste (Rollator, Toilettensitz-Erhöhung, Pflegebett, etc.)
- Liste der pflegerischen Tätigkeiten einer typischen Woche

Häufige Fehler bei der Begutachtung

Fehler	Was du erklären solltest
„Sich besser zeigen“	Tendenz, sich zur Begutachtung „zusammenzureißen“. Folge: niedrigere Einstufung. Lösung: realistische Tag, NICHT der gute.
Allein zur Begutachtung	Angehörige sollten dabei sein, um aus Beobachter-Sicht zu ergänzen. MD darf das nicht ablehnen.
Tagesform ignorieren	Wenn der Tag schlecht ist (mehr Hilfebedarf), Termin verschieben lassen ist ein Recht.
Schwierigkeiten nicht benennen	Was schwierig ist, muss konkret beschrieben werden – nicht beschönigen. „Geht so“ ist KEINE Antwort.
Pfllegetagebuch fehlt	Ohne Pfllegetagebuch fehlt dem Gutachter die Vergleichsbasis. Lösung: 14 Tage strukturiert führen.

Widerspruch bei zu niedrigem Pflegegrad

Frist: 1 Monat nach Erhalt des Bescheids.

Form: Schriftlicher Widerspruch (formlos), Begründung kann nachgereicht werden.

Inhalt: Konkrete Module benennen, in denen der Gutachter falsch eingeschätzt hat – mit Belegen aus Pfllegetagebuch + Arztbericht.

Folge: Erneute Begutachtung (oft durch anderen Gutachter). Erfolgsquote liegt bei realistischer Begründung bei ca. 30-40 %.

Pflegekraft-Tipp: Du darfst Patienten und Angehörige zur Begutachtung beraten – das ist Teil der pflegerischen Beratungspflicht. Wichtig: keine Versprechen zur konkreten Einstufung machen, sondern den Prozess erklären und Unterlagen-Listen aushändigen.

Teil 7 · Quellen & ausführlicher Disclaimer

Zentrale Rechtsquellen

Quelle	Beschreibung
§ 114 SGB XI	Qualitätsprüfung – Grundlage der MD-Prüfung in der ambulanten Pflege.
QPR ambulant	Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MD (Medizinischer Dienst Bund), gültige Fassung.
MuG (Maßstäbe & Grundsätze)	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege.
§ 37 Abs. 3 SGB XI	Beratungsbesuch bei Geldleistungs-Empfängern (halbjährlich PG 2/3, vierteljährlich PG 4/5).
Expertenstandards des DNQP	Anerkannte Pflegestandards (Dekubitus, Sturz, Schmerz, chronische Wunden, Ernährung u. a.).
§ 18 SGB XI	Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Anhang Teil 6.

Disclaimer

Dieser Guide wurde nach bestem Wissen und Gewissen recherchiert (Stand 02/2026). Die Inhalte sind Orientierungs- und Vorbereitungshilfen für ambulante Pflegedienste und ersetzen keine individuelle QM-Beratung, keine Rechtsberatung und keine Auseinandersetzung mit der konkreten QPR-Fassung des MD.

Verbindlich sind die jeweils aktuelle Fassung der QPR ambulant, der MuG sowie der individuelle Prüfauftrag des MD. Bei Streitfragen entscheidet die Pflegekasse, Eskalation über Widerspruch und ggf. Sozialgericht. Dickies Helden Akademie übernimmt keine Haftung für Bewertungsergebnisse aus konkreten MD-Prüfungen, die aus der Anwendung dieses Guides resultieren.

Vertiefung gefällig? Im Helden-Campus (Helden-Hauptquartier-Tarif) gibt es den MD-Direktkanal zu Fachdozenten bei laufenden Prüfungen + monatliche Live-Briefings zu QPR-Updates. Mehr unter dickies-helden.de/campus.