



Münster §§112/114, Roddestraße 12, 48153 Münster

Landesverbände der Pflegekassen  
co. vdek  
- Pflegekasse -  
Postfach 10 50 14  
44047 Dortmund

Medizinischer Dienst der  
Krankenversicherung  
Westfalen-Lippe

Medizinischer Dienst der  
Krankenversicherung  
Westfalen-Lippe  
Fachreferat Pflege  
Roddestraße 12  
48153 Münster

Tel: 0251/5354 -150

Fax: 0251/5354-298

## **Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI**

Auftragsnummer 190926VA13112063-000025812

**Pflegedienst St. Anna**  
**Schöppinger Str. 33**  
**48720 Rosendahl**

**Datum der Prüfung:** 26.09.2019

**Prüfer:** Altepost, Yvonne  
Auditor

Kreulich, Marianne

Schwermann, Sabine

## **Prüfmaßstab**

Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI)

Richtlinien des GKV- Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfung-Richtlinien -QPR) vom 27. September 2017 in der Fassung vom 27. November 2017

Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs.1 SGB XI für das Land Nordrhein-Westfalen

Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011

Rahmenempfehlungen nach §132a Abs. 1 SGB V

Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach §92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V

## 1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

<b>1.1 Auftragsnummer:</b>	190926VA13112063-000025812
<b>1.2 Daten zum Pflegedienst</b>	
a. Name	Pflegedienst St. Anna
b. Straße	Schöppinger Str. 33
c. PLZ/Ort	48720 Rosendahl
d. Institutskennzeichen (IK)	1. 460506535
e. Telefon	02547/7888
f. Fax	02547/7889
g. E-Mail	info@pflegedienst-sankt-anna.de
h. Internet-Adresse	www.pflegedienst-sankt-anna.de
i. Träger/Inhaber	Stiftung zu den Heiligen Fabian und Sebastian Schöppinger Str. 10 48720 Rosendahl info@altenhilfe-rosendahl.de
j. Trägerart <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> öffentlich <input checked="" type="radio"/> freigemeinnützig <input type="radio"/> nicht zu ermitteln	
k. ggf. Verband	DiCV Münster
l. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	22.05.2017
m. Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes	01.06.2017
n. Verantw. PFK Name	Ruth Fleer
o. Stellv. verantw. PFK	Nicole Thiemann
p. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	-
q. Zertifizierung	<input type="radio"/> liegt vor <input checked="" type="radio"/> liegt nicht vor

s. Name des Ansprechpartners für DCS	Ruth Fleer
t. E-Mailadresse des Ansprechpartners für DCS	info@pflegedienst-sankt-anna.de
u. Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	02547/7888
v. Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	02547/7889
w. Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

<b>1.3 Daten zur Prüfung</b>	
a. Auftraggeber	vdek im Namen der Landesverbände der Pflegekassen Westfalen-Lippe
Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="radio"/> AOK <input type="radio"/> IKK <input type="radio"/> LKK <input type="radio"/> BKK <input type="radio"/> KNAPPSCHAFT <input checked="" type="radio"/> vdek
b. Prüfung durch	MDK
c. Datum (TT.MM.JJJJ)	26.09.2019
	von TT.MM.JJ                      bis TT.MM.JJ
d. Uhrzeit 1. Tag	08:45                      15:15
	von                      bis
2. Tag	von                      bis
3. Tag	von                      bis
e. Gesprächspartner des Pflegedienstes	Ruth Fleer (PDL) Nicole Thiemann (stellv. PDL)
f. Prüfende(r) Gutachter	Altepost, Yvonne Kreulich, Marianne Schwermann, Sabine
g. An der Prüfung Beteiligte <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	Namen:

<b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>				
a. <input checked="" type="radio"/> Regelprüfung b. <input type="radio"/> Anlassprüfung (Beschwerde versorgte Person, Angehörige u.ä.) <input type="radio"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="radio"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) <input type="radio"/> Wiederholungsprüfung  c. <input type="radio"/> nach Regelprüfung <input type="radio"/> nach Anlassprüfung				
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung				
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>04.12.2018</td> </tr> <tr> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table>		04.12.2018	TT.MM.JJJJ	
04.12.2018				
TT.MM.JJJJ				
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesundheitsamt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt				
<input type="checkbox"/> Sonstige				
<input checked="" type="checkbox"/> keine Angaben				
TT.MM.JJJJ				

<b>1.5 Versorgungssituation</b>					
	Gesamt	davon:			
		ausschließlich SGB XI	ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
versorgte Personen	65	13	19	32	1
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte	0				

<b>1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl versorgte Personen mit:</b>	
a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	0
d. Blasenkatheter	4
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	1
g. Kontraktur	6
h. vollständiger Immobilität	2
i. Tracheostoma	0
j. Multiresistenten Erregern	0

<b>1.7 Nach Angabe des Leistungserbringers Anzahl versorgte Personen mit folgenden Leistungen nach der HKP-Richtlinie:</b>	
a. Ziffer 6 Absaugen	0
b. Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	0
c. Ziffer 12 Dekubitusbehandlung	0
d. Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,	0
e. Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,	0
f. Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,	0
g. Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände)	3

<b>1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

<b>1.10 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
---	--

## 2. Zusammenfassende Beurteilung

Am 26.09.2019 wurde eine Regelprüfung nach den §§ 114 ff. SGB XI durchgeführt.

Die letzte Qualitätsprüfung durch die PKV fand in der Einrichtung am 04.12.2019 statt.

Die Zusammenfassung der Prüfergebnisse vom 04.12.2019 ist an gut sichtbarer Stelle ausgehängt.

Die Kooperation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung war sehr gut. Die erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zur Erstellung des Prüfberichts wurden bereitwillig zur Verfügung gestellt. Einzelne Unterlagen (Punkt 6.2 und 6.4) konnten auch auf Nachfrage bis zum Ende der Prüfung nicht vorgelegt werden.

Ein pflegefachlicher Schwerpunkt wurde im Versorgungsvertrag nicht verankert. Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuung, Behandlungspflege, Hilfestellungen bei der Haushaltsführung und Rufbereitschaft werden erbracht. Nachtdienst wird nicht erbracht.

Der ambulante Pflegedienst versorgt derzeit insgesamt 65 Personen davon 45 Pflegebedürftige nach SGB XI (teilweise in Verbindung mit Leistungen nach SGB V).

Es werden keine Leistungen nach der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung durch den Pflegedienst erbracht.

Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität wurden insgesamt 8 versorgte Personen (im Prüfbericht P 1 - P 8 genannt) mit den Pflegegraden II - V gemäß SGB XI zufällig ausgewählt, um eine Überprüfung des Pflegezustandes vorzunehmen und ein Gespräch zur Zufriedenheit durchzuführen.

Von diesen nach Pflegegraden ausgewählten versorgten Personen erhält niemand Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V entsprechend des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Ziffer 6 Absaugen,  
Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung,  
Ziffer 12 Dekubitusbehandlung,  
Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung,  
Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,  
Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,  
Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände).

Der Pflegedienst erbringt bei insgesamt 3 Kunden Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V entsprechend der Ziffer 31. Es konnte keine Person in die Prüfung einbezogen werden.

Das Einverständnis der versorgten Personen und ggf. ihrer Betreuer/-innen wurde zuvor unter Nutzung des Gesprächsleitfadens des MDK-WL in Textform eingeholt.

Insbesondere wurde über den Umfang der Erhebung und die Auswertung der Unterlagen aufgeklärt. Gleichfalls wurde darauf hingewiesen, dass weder für die versorgte Person noch für die Einrichtung ein Nachteil entsteht, wenn ein Einverständnis nicht erteilt oder nach einer Bedenkzeit wieder zurückgezogen wird.

Die entsprechenden Pflegedokumentationen wurden hinzugezogen und zusammen mit der/dem Mitarbeiter(in) der Einrichtung ausgewertet.

Alle der per Zufallsstichprobe ausgewählten versorgten Personen waren auskunftsfähig.

Es äußerten sich alle versorgten Personen sehr zufrieden mit der Versorgung und Betreuung. Bemängelt wurde nichts.

Der pflegerische Umgang der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Pflegebedürftigen wurde als sehr umsichtig empfunden.

Die Ergebnisqualität (körperbezogene Pflegemaßnahmen, Betreuungsmaßnahmen) war bei allen in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen gut. Pflegerische Defizite zeigten sich nicht.

Zusammenfassung der Ergebnisse der heutigen Prüfung zur Ergebnisqualität:

Bei den aufgesuchten versorgten Personen zeigte sich im Bereich der behandlungspflegerischen Leistungen eine Auffälligkeit.

Diese Auffälligkeit bezog sich die Durchführung entsprechend der ärztlichen Anordnung. In einem Fall wurde ein Medikament nicht gestellt.

Es konnte festgestellt werden, dass die Einrichtung mit den pflegerischen Problemen und Risiken der in die Stichprobe einbezogenen versorgten Personen sachgerecht umgeht.

Diese Aspekte werden nur selten unzureichend in den Pflegedokumentationen dargestellt.

In den Bereichen Umgang mit Demenz wurde ein Verbesserungspotential hinsichtlich der Erfassung der biografischen Besonderheiten festgestellt. Die eingesehenen Pflegedokumentationen stellten sich durchgehend aktuell und handlungsleitend dar.

Insgesamt lässt sich eine gute Umsetzung der entbürokratisierten Pflegedokumentation bestätigen.

Die Beratungsaufgaben nimmt die Einrichtung in den pflegerelevanten Bereichen wahr

Es fehlten Beratungsnachweise (2x) zu den Bereichen Umgang mit Demenz.

Die Abrechnungsprüfung erfolgt im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 114 a SGB XI.

In der Abrechnungsprüfung wurden keine Auffälligkeiten festgestellt.

Abschlussgespräch:

Es wurden alle prüfrelevanten Unterlagen vorgelegt.

Die vorläufigen Ergebnisse sowie Empfehlungen und Anregungen zu weiteren



Verbesserungen wurden durch das Prüfteam sowohl bei der Auswertung der Unterlagen als auch im Abschlussgespräch mitgeteilt.

Das Abschlussgespräch beinhaltete eine Zusammenfassung der Inhalte des Strukturgespräches, Aussagen zum Pflegezustand der Kunden, die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung und Feststellungen aus der Dokumentationsauswertung und der Abrechnungsprüfung.

Während der gesamten Qualitätsprüfung wurde ein konstruktiver Dialog mit den Mitarbeitern der Einrichtung gepflegt.

Die Mitarbeiter äußerten sich im Feedbackverfahren mit dem Prüfungsverlauf zufrieden.

Hinsichtlich der festgestellten Verbesserungspotentiale erfolgte im Rahmen der Erhebung eine unmittelbare Beratung durch das Prüfteam.

Die vollständigen Ergebnisse zu den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind diesem Prüfbericht zu entnehmen.

Alle festgestellten Verbesserungspotentiale sind im Maßnahmenkatalog aufgeführt.

Der Einrichtung wurde das Informationsblatt zum Feedback zu der MDK Qualitätsprüfung und zum MDK- Prüfbericht nach § 114 ff SGB XI inklusive der Zugangsdaten ausgehändigt.

#### Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Zur Sicherstellung des Datenschutzes innerhalb des Pflegedienstes liegt eine entsprechende Regelung vor. Vor Vertragsbeginn wird durch den Pflegedienst ein Kostenvoranschlag erstellt.

#### Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Verantwortungsbereiche/Aufgaben sind in Stellenbeschreibungen entsprechend der Qualifikation geregelt.

#### Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Eine verbindliche Regelung für die Umsetzung von Bezugspflege liegt vor.

Die fachliche Anleitung und Überprüfung von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte ist gewährleistet. Geeignete Dienstpläne sowie Einsatz-/Tourenpläne wurden vorgelegt. Die ständige Erreichbarkeit ist sichergestellt.

#### Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements ist der Leitungsebene zugeordnet. Es ist erkennbar, dass die Implementierung der Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des

DNQP erfolgt ist.

Die Handzeichenliste ist aktuell. Ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan liegt vor, aus welchem hervorgeht, dass alle in der Grund-und /oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiter einbezogen werden. Schulungen zu Maßnahmen der Ersten-Hilfe und Notfallmaßnahmen werden regelmäßig durchgeführt. Schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen liegen vor. Regelungen zum Umgang mit Beschwerden liegen vor.

#### Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 6 Hygiene

Ein angemessenes Hygienemanagement kommt zur Anwendung.  
Arbeitshilfen stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang zur Verfügung.

Verbesserungspotenzial besteht hinsichtlich:

- der nachweislichen Kenntnis der für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes
- der Festlegungen zum Umgang mit MRSA

#### Zusammengefasste Abrechnungsprüfung

Bei 0 von 8 Versicherten wurde In der Abrechnungsprüfung mindestens eine Auffälligkeit festgestellt.

Bei den 0 Versicherten mit Auffälligkeiten wurden über alle Bewertungsfragen hinweg insgesamt 0 Auffälligkeiten festgestellt.

Davon entfielen 0 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB XI.

Davon entfielen 0 Auffälligkeiten auf Leistungen nach dem SGB V.

### 3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

#### Maßnahmen

##### zur Struktur- und Prozessqualität:

Frage	Maßnahme	Frist
6.2	<p>Im Pflegedienst müssen die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt sein:</p> <p>a. Empfehlung zur Händehygiene</p> <p>b. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen</p> <p>d. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen</p> <p>- §§ 11 Abs. 1, 28 Abs. 3, 69 SGB XI; § 2 Abs. 3 Rahmenvertrag; Ziffer 3.3 Punkt 6 MuG</p>	ab sofort bis zum 01.01.2020
6.4	<p>Zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit MRSA müssen geeignete Standards/ Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vorgehalten werden.</p> <p>- §§ 11 Abs. 1, 28 Abs. 3, 69, 113a SGB XI; § 2 Abs. 3 Rahmenvertrag; Ziffer 3.3 Punkt 6 MuG</p>	ab sofort bis zum 01.01.2020

##### zur Prozess- und Ergebnisqualität:

Frage	Maßnahme	Frist
9.16	<p>Die Medikamentengabe muss der ärztlichen Verordnung entsprechend erfolgen.</p> <p>- §§ 2 Abs. 1, 15 Abs. 1 SGB V; Vertrag/ Verträge nach §§ 132, 132a SGB V; Ziffer 3.2.1.2 Abs. 6 MuG</p>	unverzüglich
14.1	<p>Pflegebedürftige/Pflegepersonen müssen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten werden (z.B. Selbstgefährdung,</p>	ab sofort bis zum 01.01.2020

	adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung). - Ziffern 3.2.3, 3.2.1.1 Abs. 4; 3.2.1.2 Abs. 8 MuG	
<b>14.2</b>	Bei Menschen mit Demenz müssen die biografischen Angaben und Besonderheiten beachtet werden. - Ziffer 1.1 Punkte 1,2 und 4 und Ziffer 3.2.3 MuG	ab sofort bis zum 01.01.2020
<b>14.3</b>	Die Angehörigen müssen im Rahmen der Leistungserbringung über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen informiert werden. - Ziffer 3.2.3 MuG	ab sofort bis zum 01.01.2020

Altepost, Yvonne

Kreulich, Marianne

Schwermann, Sabine

## **Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI**

In der Anlage sind nur die Fragen und Kriterien aus dem Erhebungsbogen aufgenommen, die relevant sind und bei denen Angaben gemacht wurden. Nicht zutreffende Fragen und Kriterien wurden nicht aufgenommen.

### **Inhaltsverzeichnis**

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal

Kapitel 4 Ablauforganisation

Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Kapitel 6 Hygiene

Kapitel 7 Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

Die folgenden Kapitel wiederholen sich für jeden in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen.

Kapitel 8 Allgemeine Angaben zu den Leistungsbeziehern

Kapitel 9 Behandlungspflege

Kapitel 10 Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

Kapitel 11 Mobilität

Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Kapitel 13 Ausscheidung

Kapitel 14 Umgang mit Demenz

Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

Kapitel 18 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

### **Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung**

(siehe Punkt 1 des Prüfberichts)

### **Kapitel 2 Allgemeine Angaben**

#### **2.2 (T27) Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

#### **2.3 (T26) Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die**

**voraussichtlichen entstehenden Kosten erstellt?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

## **Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal**

### **3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

<b>3.8 Zusammensetzung Personal</b>							
Basis für Vollzeit Stunden/Woche				39,00			
Geeignete Kräfte:	Vollzeit		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	Std/W	Anz. MA	
<b>Pflege</b>							
Verantwortliche Pflegefachkraft	39,00	1					1,00
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft	39,00	1					1,00
Altenpfleger/in	39,00	1	29,25	2			4,14
			19,50	2			
			25,00	1			
Sonstige			19,25	1			0,49
<b>Hilfen bei der Haushaltsführung</b>							
hauswirtschaftliche Mitarbeiter			19,00	1			1,13
			15,00	1			
			10,00	1			



## **Kapitel 4 Ablauforganisation**

### **4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

### **4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?**

Die Anforderung wurde vollständig erfüllt.

### **4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

### **4.5 Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

### **4.6 (T34) Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

## Kapitel 5 Qualitätsmanagement

### 5.1 Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?

Die Anforderung wurde erfüllt.

### 5.2 Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?

	ja	nein	n.g.
a. Dekubitusprophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b. Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
c. Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sturzprophylaxe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Kontinenzförderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
f. Chronische Wunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
g. Ernährungsmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

### 5.3 Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?

Die Anforderung wurde erfüllt.

### 5.4 (T31) Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?

Die Anforderung wurde erfüllt.

### 5.6 (T29) Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?

Die Anforderung wurde erfüllt.

### 5.7 (T28) Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?

Die Anforderung wurde erfüllt.

### 5.8 (T30) Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?

Die Anforderung wurde erfüllt.



## **Kapitel 6 Hygiene**

### **6.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

### **6.2 Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?**

Die Anforderung wurde mit 1 von 4 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- a. Empfehlung zur Händehygiene bekannt
- b. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen bekannt
- d. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt

Zum Zeitpunkt der Prüfung können keine Nachweise hierzu vorgelegt werden.

### **6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?**

Die Anforderung wurde erfüllt.

### **6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?**

Die Anforderung wurde nicht erfüllt.

Eine VA liegt vor.

Eine Schulung für die Mitarbeiter ist nicht nachweislich erfolgt.

P1

### Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
<b>8.1 Auftragsnummer:</b>			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	09:52	Nummer Erhebungsbogen	P1

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 1
b. Pflegekasse	Techniker Krankenkasse
c. Geburtsdatum	1949
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	03.09.2018
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Herzinsuffizienz, Hypertonie, Immobilität, rheumatische Arthritis, Z.n. TEP, VHF, chron. Niereninsuffizienz, Lungenembolie
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	

k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	● ja    ○ nein
--	----------------

zu h:

SGB V-Leistungen:

1 x mtl. s.c. Injektion Vit. B12

1 x mtl. Blasen-Katheterwechsel

SGB XI:

LK 19 Große Grundpflege mit Ausscheidungen 1 x tgl. morgens, 7 x wö.

M/Info	
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>	
a. sinnvolles Gespräch möglich	● ja    ○ nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	● ja    ○ nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	● ja    ○ nein

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Marianne Kreulich
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	AP stellv. PDL
c. Name des Mitarbeiters	M1
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehemann

## Kapitel 9 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
<b>9.1 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive (T25) Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b>	●	○	○

	ja	nein	tnz
<b>Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht</b>			

<b>9.18</b> umgegangen?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
-------------------------	--

	ja	nein	tnz
<b>9.19 (T23)</b> Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>9.22</b> Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Kundin beklagt Schmerzen meist morgens, hauptsächlich in den Händen.

Schmerzmedikation:  
Paracetamol 500 3 x 2

"Ich fühle mich mit den Schmerzmitteln gut eingestellt"

## Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1</b> Versorgte Person angetroffen
a. <input checked="" type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

- im Pflegebett,  
Info: Vers. liegt fast ausschließlich im Bett

<b>11.2</b> Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontraktoren) - deutliche rheumatische Deformierungen der Fingergelenke mit Beugekontraktoren Digit 2-5, beginnend Digit 1 an beiden Händen. Vers. kann vorbereitetes, kleingeschnittenes Essen mit Rheumabesteck essen. Vers. kann die Arme bis über den Kopf heben. Beginnende Steifigkeiten

	der Schulter-, Ellenbogen- und Deformationen der Handgelenke.
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Re.: Streckkontraktur Kniegelenk infolge Stahlnageleinlage, Exstirpation der re. Hüfte nach Infektion. Li.: Deformierung des Kniegelenks mit Steifigkeit. Bds. Deformationen der Zeh- und Fußgelenke, beginnender Spitzfuß li.. Kann die Beine aktiv kaum verlagern.
c. Lageveränderung im Bett	Entlagert sich mit Mühe selbst, kann sich mit Anstrengung etwas auf die linke Seite drehen.
d. Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe.
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Freies Sitzen nicht möglich. Eigenständige Veränderung der Sitzposition nicht möglich. Sitzt tagsüber für 1 Std. im Rollstuhl.
f. Stehen	Stehen auch mit Hilfen nicht ausreichend möglich, allenfalls mit umfassender Hilfe zum Umsetzen.
g. Gehen	- unsicheres kaum mögliches Gehen auf Zehenspitzen allenfalls zum umsetzen, unsicher, mit umfassender Hilfe und mit Abstützen am Arthritis-Rollator. Sitzt ansonsten im Rollstuhl, muss geschoben werden.

Der Pflegebedürftige verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- elektrisch verstellbares Pflegebett mit einseitig hochgestelltem Bettgitter und Lagerungskissen
- Arthritis-Rollator
- Rollstuhl mit Schubhilfe

<b>11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja    nein
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

	ja    nein    tnz
<b>11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--



<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	
von:	
<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben	
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

GA: liegt fast ausschließlich komplette Haut zur QP intakt

	ja	nein	tnz
<b>11.7 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>11.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Mensch für den Pflegedienst ein (T12) individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>12.1</b>	<b>Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden	
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten	

zu a und b: nicht erfasst

GA: leicht adipös, hat laut Vers. aufgrund Kortisoneinnahme zugenommen

<b>12.2</b>	<b>Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung	
d.	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Trinkbecher mit Aufsatz

<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:		

<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen
---

GA: mundgerechte Zubereitung  
 Rheumabesteck

<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

GA: Zubereitung  
 Becher mit Trinkaufsatz, hält einen Becher mit beiden Händen

	ja	nein	tnz
<b>12.5 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen (T6) der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>12.8 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen (T9) der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Kapitel 13 Ausscheidung

<b>13.1 Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	Zustand Katheter: unauffällig, Kathetergröße: Charriere: 18 Urin: unauffällig Katheterbeutel: hängt unter Blasenniveau.
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen - große Vorlagen eingelegt in Netzhose
d. <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Dusch-Toilettenstuhl

Stuhlinkontinenz

<b>13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	

<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen
---

GA: komplette Fremdversorgung

	ja	nein	tnz
<b>13.3</b> Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.4 (T10)</b> Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.5 (T11)</b> Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

<b>15.2 Mundzustand / Zähne</b>	
	Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	Zahnvollprothese, kann ausreichend kauen

	ja	nein	tnz
<b>15.3 (T01)</b> Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>15.4</b> Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>(T02) Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?</b>	
--	--

	ja    nein
<b>15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein (T17) Erstgespräch geführt wurde?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein
<b>15.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

	ja    nein
<b>16.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 01.08.2019 Fr. 02.08.2019 Sa. 03.08.2019 So. 04.08.2019 Mo. 05.08.2019 Di. 06.08.2019 Mi. 07.08.2019	

<b>16.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

LK 19 Große Grundpflege mit Ausscheidungen 1 x tgl. morgens, 7 x wö.

<b>16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	
--	--

LK 19 Große Grundpflege mit Ausscheidungen 1 x tgl. morgens, 7 x wö.

--	--

	ja    nein    tnz
<b>16.1.5</b> Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein    tnz
<b>16.1.6</b> Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>16.1.8</b> Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	---

<b>16.1.13</b> Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---	---

**16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V**

<b>16.2.1</b>	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?						
<b>Pos LV - Maßnahme</b>		<b>Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie</b>	<b>Häufigkeit</b>			<b>Dauer TT.M.JJJJ</b>	
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis
23 - Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	genehmigt	-	1		1	01.01.2019	31.12.2019
19 - Injektionen, Richten von	verordnet	-	1		1	01.01.2019	31.12.2019

<b>16.2.2</b>	<b>Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 01.04.2019 Mo. 15.04.2019 Do. 02.05.2019	

Mi. 15.05.2019 Fr. 14.06.2019 Mo. 15.07.2019 Fr. 16.08.2019
--

	ja	nein	tnz
<b>Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten 16.2.3 behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P2

### Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
<b>8.1 Auftragsnummer:</b>			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	11:00	Nummer Erhebungsbogen	P2

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 2
b. Pflegekasse	AOK Nordwest
c. Geburtsdatum	1940
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	06.11.2017
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	PAVK, chron. Schmerzpatient, Demenz, Diabetisches Fußsyndrom Rheuma Diabetes mellitus II
f. Pflegegrad	

<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Behandlungspflege:

1x die Woche Medikamente stellen

Grundpflegerische Versorgung

LK 01: 2x die Woche Ganzwaschung

M/Info	
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

ein einfaches Gespräch ist heute gut möglich.

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Sabine Schwermann

b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	PFK
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehefrau

## Kapitel 9 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
<b>9.1 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive (T25) Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>9.16 (T19) Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Selbsteinschätzung: mit den Schmerzmitteln geht es mir gut

1x die Woche vom PD 2x tgl. Metamizol 500 mg gestellt, von der Ehefrau verabreicht

Bei der heutigen Inaugenscheinnahme stabile Schmerzsituation.

## Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1 Versorgte Person angetroffen</b>
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche



- auf dem Sofa

<b>11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) - keine relevanten Einschränkungen im OK Bereich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	- beide Beine sind aktiv anzuheben
c. Lageveränderung im Bett	Entlagert sich selbst.
d. Aufstehen	Selbständig mit Hilfsmitteln.
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Freies Sitzen möglich. Eigenständige Veränderung der Sitzposition möglich. Mikrobewegungen möglich.
f. Stehen	Freies Stehen möglich.
g. Gehen	Gangbild heute durch die Wohnung heute etwas hinkend, hält sich noch überall an Möbeln und Wänden fest

Rollator für draußen

<b>11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja    nein
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt	
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

- unsicheres Gangbild, nutzt nicht immer seinen Rollator

	ja    nein    tnz
<b>11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben	
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

- selbständiger und regelmäßiger Positionswechsel wird durchgeführt

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>12.1</b>	<b>Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	08.08.2019	02.05.2019	04.01.2019
	kg	65,00	69,00	68,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

- augenscheinlich schlanker Ernährungszustand, laut der Ehefrau habe er im letzten Jahr 10 kg abgenommen, BZ Werte seien jetzt aber sehr gut. Esse normale Portionen.

<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

Mahlzeiten werden vorbereitet, dann selbständige Aufnahme

<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

- selbständige und ausreichende Aufnahme

	ja	nein	tnz
<b>12.8 Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen (T9) der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- bei Gewichtsabnahme unklarer Ursache wurde der Vers. dahingehend beraten ausreichend zu essen und hochkalorische Nahrung zu sich zu nehmen.

## Kapitel 13 Ausscheidung

<b>13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

- selbständige Toilettengänge

## Kapitel 14 Umgang mit Demenz

	ja	nein	tnz
<b>14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>14.2 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und (T15) anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?</b>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zum heutigen Zeitpunkt kein Biographiebogen oder individuelle Eigenheiten des Vers. aus der Dokumentation nachvollziehbar.

In der SIS steht unter " was bewegt Sie":

Meine Frau hat sonst immer meine Tabletten für die Woche fertig gemacht. Sie hat die Kraft in den Armen nicht mehr."

Aussage Ehefrau: ...sieht die Notwendigkeit der Körperpflege nicht ein, schmutzige Kleidung nimmt er nicht wahr. Wir schaffen es nicht mehr ihm bei der Duschpflege zu helfen.

Keine weiteren Inhalte heute vorliegend.

	ja	nein	tnz
<b>14.3 (T16) Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>
Beschreibung

a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
---	-----------------------------------

<b>15.2 Mundzustand / Zähne</b>	
Beschreibung	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	

	ja    nein    tnz
<b>15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im (T01) Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein    tnz
<b>15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (T02)</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein
<b>15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein (T17) Erstgespräch geführt wurde?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein
<b>15.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

	ja    nein
<b>16.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 01.08.2019 Mo. 05.08.2019 Do. 08.08.2019 Mo. 12.08.2019 Do. 15.08.2019 Mo. 19.08.2019	

Do. 22.08.2019

<b>Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen 16.1.3 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

Grundpflegerische Versorgung

LK 01: 2x die Woche Ganzwaschung

<b>16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	
--	--

Grundpflegerische Versorgung

LK 01: 2x die Woche Ganzwaschung

	ja	nein	tnz
<b>16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 16.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	---

<b>Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung</b>	
--	--

<b>16.1.13 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---	---

**16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V**

<b>16.2.1</b>	<b>Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?</b>					
<b>Pos LV - Maßnahme</b>		<b>Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie</b>	<b>Häufigkeit</b>			<b>Dauer TT.M.JJJJ</b>
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	genehmigt	- richten	1	1		01.01.2019 bis 31.12.2019

<b>16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 04.07.2019 Do. 11.07.2019 Do. 18.07.2019 Do. 25.07.2019 Do. 01.08.2019 Do. 08.08.2019 Do. 15.08.2019	

	ja	nein	tnz
<b>16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P3

## Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
<b>8.1 Auftragsnummer:</b>			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	11:35	Nummer Erhebungsbogen	P3

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 3
b. Pflegekasse	BARMER Pflege-Zentrum
c. Geburtsdatum	1935
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	20.11.2018
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Demenz, Alkoholabusus, Mobilitätsbeeinträchtigung
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Grundpflegerische Versorgung

LK 19: 2x die Woche, große Grundpflege mit Ausscheidungen

LK 21: 5x die Woche, kleine Grundpflege mit Ausscheidungen

M/Info		
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein

- ein einfaches Gespräch ist heute gut möglich

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Sabine Schwermann
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	PFK
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehefrau

**Kapitel 9 Behandlungspflege**

		ja	nein
<b>9.22</b>	<b>Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:	<input checked="" type="checkbox"/> akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Selbsteinschätzung: habe keine Schmerzen

- von der Ehefrau zur Zeit 3x tgl. Novalgin 500 mg bei Rückenschmerzen verabreicht



## Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1 Versorgte Person angetroffen</b>
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

- vor dem Fernseher

<b>11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) - keine relevanten Einschränkungen im OK Bereich, deg. Veränderungen an den Fingern
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	- beide Beine können aktiv angehoben werden
c. Lageveränderung im Bett	Entlagert sich selbst.
d. Aufstehen	Selbständig mit Hilfsmitteln.
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Freies Sitzen möglich. Eigenständige Veränderung der Sitzposition möglich. Mikrobewegungen möglich.
f. Stehen	Freies Stehen möglich.
g. Gehen	Gangbild heute ohne Hilfsmittel etwas unsicher, schwankend, muß sich noch an Möbeln festhalten

Rollator ungenutzt

<b>11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/>
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

- letzter Sturz im Mai 2019 ohne Frakturen, Rollator wird verweigert, Gangbild unsicher

	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz <input type="radio"/>
<b>11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

<b>beraten?</b>	
-----------------	--

<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

- selbständiger Positonswechsel wird regelmäßig durchgeführt

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>12.1</b>	<b>Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

- augenscheinlich guter Ernährungszustand, letztes Gewicht vom 01.07.2019: 64kg, bis Anfang 2019 durchgehend zwischen 63 und 65 kg.

<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

Mahlzeiten werden vorbereitet, dann selbständige Aufnahme

<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

- an das Trinken muß regelmäßig erinnert werden

## Kapitel 13 Ausscheidung

<b>13.1 Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung

c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
	Pants

<b>13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

Hilfe beim Pants Wechsel und bei den Toilettengängen

	ja	nein	tnz
<b>13.3 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.4 (T10) Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.5 (T11) Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 14 Umgang mit Demenz

	ja	nein	tnz
<b>14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>14.2 (T15) Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?</b>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

- am heutigen Tage keine Biographiedaten vorliegend.

Aus der SIS: " Mein Mann läßt sich von mir nichts sagen"

Ich darf ihm nicht helfen, bei mir reagiert er sofort mit einer Abwehrhaltung. Ich habe die Hoffnung, dass ein PD mir helfen kann."

		ja	nein	tnz
<b>14.3 (T16)</b>	<b>Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>	
Beschreibung	
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

<b>15.2 Mundzustand / Zähne</b>	
Beschreibung	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	

		ja	nein	tnz
<b>15.3 (T01)</b>	<b>Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein	tnz
<b>15.4 (T02)</b>	<b>Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
<b>15.5 (T17)</b>	<b>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

		ja	nein
<b>15.6</b>	<b>Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

		ja	nein

<b>16.1.1</b> Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
---	--

<b>16.1.2</b> Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 01.07.2019 Di. 02.07.2019 Mi. 03.07.2019 Do. 04.07.2019 Fr. 05.07.2019 Sa. 06.07.2019 So. 07.07.2019	

<b>16.1.3</b> Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

Grundpflegerische Versorgung

LK 19: 2x die Woche große Grundpflege mit Ausscheidungen  
 LK 21: 5x die Woche morgens kleine Grundpflege mit Ausscheidungen

<b>16.1.4</b> Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?	
--	--

Grundpflegerische Versorgung

LK 19: 2x die Woche große Grundpflege mit Ausscheidungen  
 LK 21: 5x die Woche morgens kleine Grundpflege mit Ausscheidungen

	ja	nein	tnz
<b>16.1.5</b> Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.1.6</b> Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 16.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	--	---

<b>Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung 16.1.13 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---	--	---

### 16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

<b>16.2.1</b>	<b>Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---------------	--	---

P4

### Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
<b>8.1 Auftragsnummer:</b>			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	11:16	Nummer Erhebungsbogen	P4

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 4
b. Pflegekasse	AOK Nordwest (Zuständigkeitsbereiche: Münster, Coesfeld, Warendorf)
c. Geburtsdatum	1942
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	05.01.2018

e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Multisystematrophie vom cerebralem Typ, Immobilität, Sturzneigung, vasc. Demenz.
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

zu h:

SGB V-Leistungen:

Kompressionsstrümpfe an/ausziehen, 1 x tgl., 7 x wö.

SPK-Verband 3 x wö.

BZ-Kontrolle 3 x tgl., 7 x wö.

Insulingaben 3 x tgl., nach Wert, 7 x wö.

SGB XI:

LK 19 Große Grundpflege mit Ausscheidungen 1 x tgl. morgens, 1 x wö.

LK 31 pflegerische Betreuung 1 x wö./60 Minuten

M/Info	
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
---	--------------------------	---------------------------------------

GA: zeitliche und situative Unsicherheiten, einfache Gespräche sind noch ausreichend möglich, spricht verwaschen

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Marianne Kreulich
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	AP stellv. PDL
c. Name des Mitarbeiters	M3 M4
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehefrau

## Kapitel 9 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
<b>9.1 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive (T25) Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>9.8 Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen (T22) Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>9.18 Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>9.19 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung (T23) nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>Hat die versorgte Person akute oder chronische</b>		



<b>9.22 Schmerzen?</b>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

Kunde: "Schmerzen habe ich nicht"

Keine Schmerzmedikation.

	ja	nein	tnz
<b>9.32 (T24) Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1 Versorgte Person angetroffen</b>
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

- im elektrisch verstellbarer Aufrichtsessel

<b>11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) - ataktische Bewegungen der Arme bei Multisystematrophie (Kennedyerkrankung), rechts>links, Vers. kann die Arme bis in Schulterhöhe heben, rechts nur mit großer Mühe. Schürzengriff bds. bis zur Hüfte. Schwäche der Handmuskulatur, nimmt einen Becher mit Trinkaufsatz und bds. Henkeln mit beiden Händen, führt diesen ataktisch zum Mund, trinkt eigenständig, setzt den Becher wieder ab.
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	- etwas steife, geschwächte Bewegungen
c. Lageveränderung im Bett	Entlagert sich selbst mit Festhalten am Aufrichter.
d. Aufstehen	Nur mit personeller Hilfe und Aufstehhilfe.
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Freies Sitzen nur begrenzte mit selbständigem Festhalten z.B. an Armlehnen möglich. Eigenständige Veränderung der Sitzposition möglich.

f. Stehen	Stehen nur mit umfassender Hilfe kurzfristig zum Umsetzen möglich, steht unsicher.
g. Gehen	Gehen auch mit Hilfen nicht möglich. Vers. sitzt im Rollstuhl, muss geschoben werden.

Der Pflegebedürftige verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- elektrisch verstellbarer Aufrichtsessel
- Aufstehhilfe
- Rollstühle
- elektr. verstellbares Pflegebett mit Aufrichter

<b>11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja    nein
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt	
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
von:	
<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben	
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

GA: sitzt überwiegend, Haut zur QP komplett intakt

	ja    nein    tnz
<b>11.7 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein    tnz
<b>11.8 Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Mensch für den Pflegedienst ein (T12) individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>
d. Gewichtsverlauf in den letzten

sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input checked="" type="radio"/> kann nicht ermittelt werden
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten

GA: adipöser EZ  
hat laut Ehefrau zugenommen

<b>12.2</b>	<b>Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung	
d.	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Henkelbecher mit Trinkaufsatz

<b>12.3</b>	<b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

GA: Zubereitung, tlw. unterstützende Hilfestellung

<b>12.4</b>	<b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

GA: Zubereitung, Erinnerung

	ja	nein	tnz	
<b>12.5</b>	<b>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen (T6) der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz	
<b>12.8</b>	<b>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen (T9) der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 13 Ausscheidung

<b>13.1 Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) Zustand Katheter: unauffällig Eintrittsstelle: unauffällig Verband: ja Schutzaufgabe Urin: unauffällig Katheterbeutel: hängt unter Blasenniveau.
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen Pants tagsüber, zur Nacht Klebeschutzhosen
d. <input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	- Dusch/Toilettenstuhl.
e. <input checked="" type="checkbox"/> Sonstigem	Beinbeutel und Monoflow-Beutel zur Nachts

**13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?**      ● ja      ○ nein

Von:  Gutachter beurteilt  
 Pflegedienst übernommen

GA. komplette Fremdversorgung

	ja	nein	tnz
<b>13.3 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?</b>	●	○	○

	ja	nein	tnz
<b>13.4 (T10) Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</b>	●	○	○

	ja	nein	tnz
<b>13.5 (T11) Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	●	○	○

**Kapitel 14 Umgang mit Demenz**

	ja	nein	tnz
<b>Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer</b>			

<b>14.1</b> vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	----------------------------------	-----------------------

Eine Beratung zur Demenz, u.a. Beschäftigungsmöglichkeiten, Selbstgefährdung (zieht sich wegen Hitzeempfindungen öfter aus - Neigung zur Unterkühlung) liegt nicht vor.

	ja	nein	tnz
<b>14.2</b> Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und (T15) anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Es erfolgen Betreuungsmaßnahmen 1 x wö., Hinweise zur Notwendigkeit und welche Maßnahmen durchgeführt werden, finden sich nicht.

	ja	nein	tnz
<b>14.3 (T16)</b> Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Es erfolgen Betreuungsmaßnahmen 1 x wö., Hinweise zur Notwendigkeit und welche Maßnahmen durchgeführt werden, finden sich nicht.

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1</b> Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten
Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal (Beschreibung nicht erforderlich)

<b>15.2</b> Mundzustand / Zähne
Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt Zahnvollprothese

	ja	nein	tnz
<b>15.3 (T01)</b> Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>15.4 (T02)</b> Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>15.5 (T17)</b> Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>15.6</b> Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>15.7</b> Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

	ja	nein
<b>16.1.1</b> Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>16.1.2</b> Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 04.07.2019 Do. 11.07.2019 Do. 18.07.2019 Do. 25.07.2019 Do. 01.08.2019 Do. 08.08.2019 Do. 15.08.2019	

<b>16.1.3</b> Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

SGB XI:

LK 19 Große Grundpflege mit Ausscheidungen 1 x tgl. morgens, 1 x wö.

<b>16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	

SGB XI:

LK 19 Große Grundpflege mit Ausscheidungen 1 x tgl. morgens, 1 x wö.

	ja	nein	tnz
<b>16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>16.1.7 Die Prüfung der Abrechnungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 09.07.2019 Di. 06.08.2019 Di. 13.08.2019 Di. 20.08.2019 Di. 27.08.2019	

Start im Juli

<b>16.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine

LK 31 pflegerische Betreuung 1 x wö./60 Minuten

<b>16.1.9 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	
--	--

LK 31 pflegerische Betreuung 1 x wö./60 Minuten

	ja    nein    tnz
<b>16.1.10 Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein    tnz
<b>16.1.11 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>16.1.13 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---	---

## 16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

<b>16.2.1</b>	<b>Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?</b>						
Pos LV - Maßnahme	Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie	Häufigkeit			Dauer TT.M.JJJJ		
		x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom	bis	
11 - Blutzuckermessung	genehmigt -	3	7		06.04.2019	31.12.2019	
18 - Injektionen	genehmigt - s. c.	3	7		06.04.2019	31.12.2019	
31 - Verbände	genehmigt - An- u. Ausziehen Kompressionsstrümpfe / Strumpfhose	2	7		01.01.2019	31.12.2019	

<b>16.2.2 Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 01.08.2019 Fr. 02.08.2019	



Sa. 03.08.2019
So. 04.08.2019
Mo. 05.08.2019
Di. 06.08.2019
Mi. 07.08.2019

	ja	nein	tnz
<b>16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P5

### Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
<b>8.1 Auftragsnummer:</b>			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	10:23	Nummer Erhebungsbogen	P5

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 5
b. Pflegekasse	IKK classic
c. Geburtsdatum	1944
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	15.04.2019
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	COPD, Arthrose, Lymphödem, PAVK,
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	

g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Grundpflegerische Versorgung

LK 01: 2x die Woche Ganzwaschung

M/Info	
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Sabine Schwermann
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	PFK
c. Name des Mitarbeiters	M2
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehemann

## Kapitel 9 Behandlungspflege

	ja	nein
<b>9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja: <input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Selbsteinschätzung: habe Schmerzen im Fuß (Dornwarze)

- vom Ehemann 4x tgl. Metamizol 30° verabreicht.

Bei der heutigen Inaugenscheinnahme stabile Schmerzsituation

## Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1 Versorgte Person angetroffen</b>
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

<b>11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) - keine relevanten Einschränkungen im OK Bereich, degenerative Veränderungen an den Fingergelenken
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	- beide Beine sind aktiv anzuheben
c. Lageveränderung im Bett	Entlagert sich selbst.
d. Aufstehen	Selbständig mit Hilfsmitteln.
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Freies Sitzen möglich. Eigenständige Veränderung der Sitzposition möglich. Mikrobewegungen möglich.
f. Stehen	Freies Stehen kurze Zeit möglich.
g. Gehen	Gangbild heute durch die Wohnung ohne Hilfsmittel verlangsamt, vorsichtig, hält sich an

	Möbeln und Türen fest
--	-----------------------

Rollator

<b>11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja    nein
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

Vers. nutzt nicht immer ihren Rollator, letzter Sturz vor 4 Wochen vor dem Supermarkt

	ja    nein    tnz
<b>11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
von:	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

- selbständiger Positionswechsel wird regelmäßig durchgeführt

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>12.1</b>	<b>Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	03.09.2019	04.06.2019	22.05.2019
	kg	54,50	52,00	55,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin		

<input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten
--

- augenscheinlich schlanker Ernährungszustand

<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>		<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

Mahlzeiten werden noch selbst vorbereitet, selbständige Aufnahme

<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>		<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

- ausreichende und selbständige Aufnahme

### Kapitel 13 Ausscheidung

<b>13.1 Die Person ist versorgt mit:</b>		<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung	
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen - selbstversorgt mit Slipeinlagen	

<b>13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>		<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

- selbständige Toilettengänge und Vorlagenversorgung

### Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

<b>15.2 Mundzustand / Zähne</b>
Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt

	ja    nein    tnz
<b>15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im (T01) Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein    tnz
<b>15.4 (T02) Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein
<b>15.5 (T17) Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein
<b>15.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

	ja    nein
<b>16.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Fr. 02.08.2019 Di. 06.08.2019 Fr. 09.08.2019 Di. 13.08.2019 Fr. 16.08.2019 Di. 20.08.2019 Fr. 23.08.2019	

--	--

<b>Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen 16.1.3 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

Grundpflegerische Versorgung

LK 01: 2x die Woche Ganzwaschung

<b>16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	
--	--

Grundpflegerische Versorgung

LK 01: 2x die Woche Ganzwaschung

	ja	nein	tnz
<b>16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>16.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	---

<b>16.1.13 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---	---

## 16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

--	--	--

16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--------	---	---

P6

### Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
8.1 Auftragsnummer:			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	09:44	Nummer Erhebungsbogen	P6

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 6
b. Pflegekasse	DAK Gesundheit (Nordrhein-Westfalen)
c. Geburtsdatum	1932
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	31.10.2018
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Schlaganfall, Neubildung der Haut
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in	



<input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

SGB XI:

LK 01 Duschen 1 x wö.

M/Info	
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Marianne Kreulich
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	AP stellv. PDL
c. Name des Mitarbeiters	M3 M4
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	

## Kapitel 9 Behandlungspflege

		ja	nein
<b>9.22</b>	<b>Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:	<input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Kundin beklagt ausstrahlende Schmerzen im Hüftbereich re. bis zur Schulter, insbesondere beim Auftreten (Haarriss in der Hüfte).

Schmerzmedikation:

Novalgintropfen 2 x 25°

Novalgintabletten 500 2 x 1

Kundin:

"Schmerzmittel helfen, Schmerzen kommen aber immer wieder, mehr Tabletten will ich nicht"

In der SIS, 10.4.2019, wird "Schmerz" nicht thematisiert.

In der Matrix sind alle Themenfelder zu Schmerz verneint. Eine Beratung wurde dennoch am 12.9.2019 durchgeführt.

## Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1 Versorgte Person angetroffen</b>
a. <input type="radio"/> liegend <input type="radio"/> sitzend <input checked="" type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

geht die Treppe hinunter um die Haustür zu öffnen

<b>11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Re.: leichte Schwäche, Handkraft etwas reduziert, Nackengriff mit Nachreichen. Greift den Henkel des Kaffeebechers zur QP mit rechts, trinkt daraus. Li.: keine Einschränkungen.
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	- re.: etwas verlangsamte Bewegungen li: keine Einschränkungen
c. Lageveränderung im Bett	Entlagert sich selbst.
d. Aufstehen	- selbständig aus dem Liegen und Sitzen, tlw. mit Abstützen am Mobiliar
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Freies Sitzen möglich. Eigenständige Veränderung der Sitzposition möglich.
f. Stehen	- steht leicht vorgebeugt, sucht sich rasch Haltepunkte
g. Gehen	Selbständiges Gehen - kleinschrittig

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- humpelnd (Schmerzen re. Hüfte)</li> <li>- Oberkörper leicht nach vorn gebeugt</li> <li>- sucht Haltepunkte, stützt sich am Inventar ab</li> <li>- mäßig sicher</li> <li>- beklagt rez. Schwindel</li> <li>- geht die Treppe zur QP im Nachstellschritt.</li> </ul>
--	---

Der Pflegebedürftige verfügt über folgende Hilfsmittel im Bereich der Mobilität:

- Rollator für außerhalb
- 2 Gehstöcke
- UA-Gehstützen (ungenutzt)

<b>11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja    nein
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
Von: <input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

GA: schwankt öfter, ist schon mehrmals gefallen, kürzlich noch

Selbständiges Gehen

- kleinschrittig
- humpelnd (Schmerzen re. Hüfte)
- Oberkörper leicht nach vorn gebeugt
- sucht Haltepunkte, stützt sich am Inventar ab
- mäßig sicher
- beklagt rez. Schwindel
- geht die Treppe zur QP im Nachstellschritt.

In der SIS, 10.4.2019: "Pat hat in der Mobilität keine Einschränkungen, ...kann sich selbständig bewegen...die Gelenke sind frei beweglich...ist nicht Sturz gefährdet".

In Der Matrix werden alle Themenfelder zum Sturz verneint.

	ja    nein    tnz
<b>11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Beratung zum Sturz erfolgte am 12.9.2019.

<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
--	--

von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen
---

GA: bewegt sich ausreichend, Haut intakt

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	06.09.2019	04.06.2019	12.03.2019
	kg	70,50	70,00	75,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

zu b: nicht ermittelt

GA:

leichte Unterschenkelödeme

laut Vers.: "habe 3 kg im in letzter Zeit abgenommen, musste "Wassertabletten" einnehmen"

<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b> <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

GA: selbst. Versorgung

<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b> <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von: <input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

GA: selbst. Versorgung

## Kapitel 13 Ausscheidung

<b>13.1 Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen kleine Vorlagen tagsüber, nachts große Vorlagen

<b>13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

GA: selbst. Versorgung

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>
Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten (Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) Aktinische Keratose im Gesicht mit Vernarbungen insbesondere im re. Wangen- und Augenbereich, Z.n. 8 x iger operativer Versorgung

<b>15.2 Mundzustand / Zähne</b>
Beschreibung
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt Zahnvollprothese

	ja	nein	tnz
<b>15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im (T01) Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>15.4 Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung? (T02)</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja    nein
<b>15.5 Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein (T17) Erstgespräch geführt wurde?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein
<b>15.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein    tnz
<b>15.7 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

	ja    nein
<b>16.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Di. 02.07.2019 Di. 09.07.2019 Mo. 15.07.2019 Di. 23.07.2019 Di. 30.07.2019 Di. 06.08.2019 Di. 13.08.2019	

<b>16.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine

SGB XI:

LK 01 Duschen 1 x wö.

<b>16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	

SGB XI:

LK 01 Duschen 1 x wö.

	ja	nein	tnz
<b>Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung 16.1.5 gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>16.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

<b>16.1.13 Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

### 16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

<b>16.2.1</b>	<b>Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---------------	--	---

P7

### Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
<b>8.1 Auftragsnummer:</b>			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	10:03	Nummer Erhebungsbogen	P7

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 7
b. Pflegekasse	Postbeamten Krankenkasse
c. Geburtsdatum	1932
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	06.03.2018
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	chron. Schmerzsyndrom, BWS Syndrom mit paravertebralen Myelosen, Multiples Myelom, Polyarthrose, Prostatahyperplasie, SPK Anlage, Hypertonie,
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	
k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

SGB XI:

LK 19 1 x tgl. 2 x in der Woche

LK 21 1 x tgl. 5 x in der Woche

SGB V:



Medikamente richten im Wochendispenser  
SPK Versorgung

HWS über Entlastungsleistung.

M/Info		
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Yvonne Altepost
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	PDL
c. Name des Mitarbeiters	M5
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehefrau

## Kapitel 9 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
<b>9.1 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive (T25) Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>9.16 (T19) Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?</b>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beim Richten der Medikation ist es zu einem Stellfehler gekommen.  
Cotrim für Montags und Donnerstags 1-0-1 verordnet.  
In der Montagsdosis fehlt das Medikament für abends.

Dies wurde im Rahmen der QP durch die PDL korrigiert.

		ja	nein
<b>9.22</b>	<b>Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja:	<input type="checkbox"/> akute Schmerzen <input checked="" type="checkbox"/> chronische Schmerzen		
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen		

Schmerzen werden im Nackenbereich bejaht.  
Es werden regelhaft Schmerzmittel eingenommen.

In der Intensität nach der Einnahme der als erträglich bewertet.  
Ohne Medikamente NRS 5-6

## Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1</b>	<b>Versorgte Person angetroffen</b>
a.	<input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b.	<input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

Vers. sitzt am Tisch

<b>11.2</b>	<b>Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung	
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontraktoren) Freie Beweglichkeit.
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Freie Beweglichkeit
c.	Lageveränderung im Bett	Selbständig
d.	Aufstehen	Selbständig
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Freier Sitz ist möglich
f.	Stehen	Freier Stand ist möglich
g.	Gehen	Gehen ohne Hilfsmittel unsicher

Gehstock, Rollstuhl, Rollator, Aufrichter, Duschstuhl,

<b>11.3</b>	<b>Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
-------------	---	--

	ja	nein
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

Ein Sturzrisiko wurde bejaht.

	ja	nein	tnz
<b>11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>12.1</b>	<b>Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>			
a.	Aktuelles Gewicht	aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	06.09.2019	03.06.2019	01.04.2019
	kg	76,00	74,90	75,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
b.	Aktuelle Größe	165 cm		
c.	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	27,92		
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden		
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten		

Optisch guter EZ

<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	<input type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

### Kapitel 13 Ausscheidung

<b>13.1 Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) Zustand Katheter: unauffällig Eintrittsstelle: unauffällig Verband: ja Schutzaufgabe Urin: unauffällig Katheterbeutel: hängt unter Blasenniveau.

<b>13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

Leeren des Beutels

	ja	nein	tnz
<b>13.3 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.4 (T10) Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.5 (T11) Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

<b>15.2 Mundzustand / Zähne</b>	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

	ja	nein	tnz
<b>15.3 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im (T01) Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>15.4 (T02) Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>15.5 (T17) Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>15.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

	ja	nein
<b>16.1.1 Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
---	--

Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 01.08.2019 Fr. 02.08.2019 Sa. 03.08.2019 So. 04.08.2019 Mo. 05.08.2019 Di. 06.08.2019 Mi. 07.08.2019
--

<b>Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen 16.1.3 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

SGB XI:

LK 19 1 x tgl. 2 x in der Woche

LK 21 1 x tgl. 5 x in der Woche

<b>16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	
--	--

SGB XI:

LK 19 1 x tgl. 2 x in der Woche

LK 21 1 x tgl. 5 x in der Woche

	ja    nein    tnz
<b>16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	ja    nein    tnz
<b>16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

<b>16.1.8 Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	---

<b>Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung</b>	
<b>16.1.13 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

**16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V**

<b>16.2.1</b>	<b>Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?</b>					
<b>Pos LV - Maßnahme</b>		<b>Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie</b>	<b>Häufigkeit</b>			<b>Dauer TT.M.JJJJ</b>
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	verordnet	- richten	1	1		01.01.2019 31.12.2019
<b>Erläuterung:</b>	Privat					

<b>16.2.2</b>	<b>Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Mo. 01.07.2019 Mo. 08.07.2019 Mo. 15.07.2019 Mo. 22.07.2019 Mo. 29.07.2019 Mo. 05.08.2019 Mo. 12.08.2019	

	ja	nein	tnz
<b>16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P8

### Kapitel 8 Allgemeine Angaben zur versorgten Person

M/Info					
<b>8.1 Auftragsnummer:</b>			190926VA13112063-000025812		
Datum	26.09.2019	Uhrzeit	10:07	Nummer Erhebungsbogen	P8

M/Info	
<b>8.2 Angaben zur versorgten Person</b>	
a. Name	P 8
b. Pflegekasse	AOK Nordwest (Zuständigkeitsbereiche: Borken, Steinfurt)
c. Geburtsdatum	1948
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	15.09.2017
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Leistungserbringers	Demenz bei Alzheimer Krankheit, Frailty Syndrom, rez. depressive Störungen,
f. Pflegegrad <input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
g. Liegt eine ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vor?	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
h. Leistungen nach SGB XI (Pflegegrad 2 - 5)  Leistungen nach § 37 SGB V	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
i. Findet eine spezielle Krankenbeobachtung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinie statt?	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
j. Die Versorgung erfolgt in <input checked="" type="radio"/> der eigenen Häuslichkeit <input type="radio"/> einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) <input type="radio"/> sonstigen Wohnformen	



k. Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

SGB XI:

LK 19 1 x tgl. 2 x in der Woche

LK 21 1 x tgl. 5 x in der Woche

SGB V:

Medikamente verabreichen 1 x tgl.

M/Info	
<b>8.3 Orientierung und Kommunikation</b>	
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein

M/Info	
<b>8.4 Anwesende Personen</b>	
a. Name des Gutachters	Yvonne Altepost
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters des Leistungserbringers	PDL
c. Name des Mitarbeiters	M5
d. sonstige Personen (z. B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer)	Ehemann

## Kapitel 9 Behandlungspflege

	ja	nein	tnz
<b>9.16 (T19) Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>9.22 Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?</b>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Von:		

<input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	
---	--

Schmerzen werden verneint.  
 Es werden keine Schmerzmittel eingenommen.

## Kapitel 11 Mobilität

<b>11.1 Versorgte Person angetroffen</b>
a. <input type="radio"/> liegend <input checked="" type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend
b. <input checked="" type="radio"/> Tageskleidung <input type="radio"/> Nachtwäsche

<b>11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen) Aktiv und frei beweglich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	Aktiv beweglich
c. Lageveränderung im Bett	Selbständig
d. Aufstehen	Selbständig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Selbständig
f. Stehen	Freier Stand gelingt zur Begutachtung
g. Gehen	Gangbild zur Begutachtung ohne Hilfsmittel ausreichend sicher. Der Rollator wird bei Bedarf genutzt.

Rollator, Duschstuhl, Gehstock, Rollstuhl, Pflegebett,

<b>11.3 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren (T14) Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

	ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/>
<b>11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz <input type="radio"/>
<b>11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> tnz

<b>beraten?</b>	
-----------------	--

<b>11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

Es liegt kein Dekubitusrisiko vor.

## Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

<b>12.1</b>	<b>Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>			
a. Aktuelles Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	01.08.2019	03.05.2019	03.02.2019
	kg	64,00	62,00	64,00
		<input type="checkbox"/> k.A.	<input type="checkbox"/> tnz	<input type="checkbox"/> tnz
b. Aktuelle Größe	153 cm			
c. BMI (kg/m <sup>2</sup> )	27,34			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="radio"/> zugenommen <input checked="" type="radio"/> konstant <input type="radio"/> relevante Abnahme <input type="radio"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

- optisch guter EZ

<b>12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von: <input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

<b>12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b>	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein
Von: <input checked="" type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen	

## Kapitel 13 Ausscheidung

--	--

<b>13.1 Die Person ist versorgt mit:</b>	<input type="checkbox"/> tnz
	Beschreibung
c. <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz- produkten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen Pants

<b>13.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von:	<input type="checkbox"/> Gutachter beurteilt <input checked="" type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen

Pantswechsel durch den PD

	ja	nein	tnz
<b>13.3 Werden versorgte Personen /Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.4 (T10) Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>13.5 (T11) Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 14 Umgang mit Demenz

	ja	nein	tnz
<b>14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>14.2 (T15) Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>14.3 (T16)</b> Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 15 Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<b>15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten</b>	
	Beschreibung
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) Nagelpilz

<b>15.2 Mundzustand / Zähne</b>	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)

	ja	nein	tnz
<b>15.3 (T01)</b> Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>15.4 (T02)</b> Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein
<b>15.6</b> Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kapitel 16 Abrechnungsprüfung

### 16.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

	ja	nein
<b>16.1.1</b> Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>


<b>16.1.2 Die Prüfung der Abrechnungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>	
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 01.08.2019 Fr. 02.08.2019 Sa. 03.08.2019 So. 04.08.2019 Mo. 05.08.2019 Di. 06.08.2019 Mi. 07.08.2019	

<b>16.1.3 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Keine
--	--------------------------------

SGB XI:

LK 19 1 x tgl. 2 x in der Woche

LK 21 1 x tgl. 5 x in der Woche

<b>16.1.4 Welche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind für den geprüften Abrechnungszeitraum vereinbart?</b>	
--	--

SGB XI:

LK 19 1 x tgl. 2 x in der Woche

LK 21 1 x tgl. 5 x in der Woche

	ja	nein	tnz
<b>16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--

<b>Welche Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen 16.1.8 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
--	---

<b>Welche Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung 16.1.13 wurden für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
---	---

**16.2 Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V**

<b>16.2.1</b>	<b>Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?</b>					
<b>Pos LV - Maßnahme</b>		<b>Ggf. Spezifizierung laut Richtlinie</b>	<b>Häufigkeit</b>			<b>Dauer TT.M.JJJJ</b>
			x tgl.	x wtl.	x mtl.	vom bis
26 - Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)	genehmigt	- verabreichen	1	7		01.01.2019 bis 31.12.2019

<b>16.2.2</b>	<b>Die Prüfung der Abrechnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen erstreckt sich auf folgenden Zeitraum</b>
Geprüfter Abrechnungszeitraum: Do. 01.08.2019 Fr. 02.08.2019 Sa. 03.08.2019 So. 04.08.2019 Mo. 05.08.2019 Di. 06.08.2019 Mi. 07.08.2019	

	ja	nein	tnz
<b>16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ja	nein	tnz
<b>Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten</b>			

**16.2.4** **behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?**





## **Kapitel 18 Befragung der Leistungsbezieher als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen**

### **18.1 (T36) Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

ja 5 versorgte Person(en)  
nein 2 versorgte Person(en)  
keine Angaben 1 versorgte Person(en)

### **18.2 (T35) Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

ja 3 versorgte Person(en)  
nein 1 versorgte Person(en)  
keine Angaben 4 versorgte Person(en)

### **18.3 (T37) Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 7 versorgte Person(en)  
keine Angaben 1 versorgte Person(en)

### **18.4 (T39) Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

ja 8 versorgte Person(en)

### **18.5 (T40) War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?**

Die Frage traf für 4 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 2 versorgte Person(en)  
keine Angaben 2 versorgte Person(en)

### **18.6 (T42) Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

ja 6 versorgte Person(en)  
keine Angaben 2 versorgte Person(en)

### **18.7 (T45) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 8 versorgte Person(en)

### **18.8 (T41) Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 8 versorgte Person(en)

**18.9 (T38) Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?**

Die Frage traf für 1 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

keine Angaben 1 versorgte Person(en)

**18.10 (T44) Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?**

Die Frage traf für 8 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 7 versorgte Person(en)

keine Angaben 1 versorgte Person(en)

**18.11 (T46) Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?**

Die Frage traf für 3 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

immer 3 versorgte Person(en)

**18.12 (T43) Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?**

Die Frage traf für 0 von 8 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

**18.13 Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Leistungserbringer grundsätzlich zufrieden?**

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

**18.14 Haben Sie Anregungen / Beschwerden / Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen?**

Die Frage traf für 0 von 0 in die Prüfung einbezogene versorgte Person(en) zu.

**Zusatzinfos**

**Kapitel 09: Behandlungspflege**

Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. <b>x / y</b>	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
9.1	M/B/T25	st bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	4/8	0	
9.7	M/B/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	0/8	0	
9.8	M/B/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	1/8	0	
9.16	M/B/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	3/8	1	P7
9.17	M/B/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	0/8	0	
9.19	M/B/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	2/8	0	
9.29	M/B/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	0/8	0	
9.32	M/B/T24	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	1/8	0	
9.2	M/B	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.3	M/B	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	0/8	0	
9.4	M/B	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	0/8	0	
9.5	M/B	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	0/8	0	
9.6	M/B	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht	0/8	0	

		umgegangen?			
9.9	M/B	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.10	M/B	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.11	M/B	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.12	M/B	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.13	M/B	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.14	M/B	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.15	M/B	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.18	M/B	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	2/8	0	
9.20	M/B	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.21	M/B	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.23	M/B	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	0/8	0	
9.24	M/B	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.25	M/B	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.28	M/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?	0/8	0	
9.30	M/B	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	0/8	0	
9.31	M/B	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	0/8	0	
9.33	M/B	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	0/8	0	
9.34	M/B	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	0/8	0	
9.35	M/B	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	0/8	0	
9.36 a	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Sturzrisiko	0/8	0	
9.36 b	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und	0/8	0	

		ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Dekubitusrisiko			
9.36 c	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	0/8	0	
9.36 d	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Inkontinenz	0/8	0	
9.36 e	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Demenz	0/8	0	
9.36 f	M/B	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? - Körperpflege	0/8	0	

### Kapitel 11: Mobilität

		Prüfrage	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Pflegebedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
11.3	M/B/T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	8/8	0	
11.8	M/B/T12	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	2/8	0	
11.9	M/B/T13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	0/8	0	
11.5	M/B	Werden bei Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	7/8	0	
11.7	M/B	Werden versorgte Personen /Pflegerpersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	2/8	0	

### Kapitel 12: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

--	--	--	--	--	--

		Prüffrage		Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. <b>x / y</b>	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut			Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
12.5	M/B/T06	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?		2/8	0	
12.6	M/B/T05	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?		0/8	0	
12.7	M/B/T04	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?		0/8	0	
12.8	M/B/T09	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?		3/8	0	
12.9	M/B/T08	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?		0/8	0	
12.10	M/B/T07	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?		0/8	0	
12.11	M/B/T03	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?		0/8	0	

### Kapitel 13: Ausscheidung

		Prüffrage		Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. <b>x / y</b>	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut			Anzahl der Pflege- bedürfti- gen	Nummern der Pflegebedürftigen
13.4	M/B/T10	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?		5/8	0	
13.5	M/B/T11	Wurde die vereinbarte Leistung zur		5/8	0	

		Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?			
13.3	M/B	Werden versorgte Personen /Pflegerpersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	5/8	0	

**Kapitel 14: Umgang mit Demenz**

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Pflegebedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
14.1	M/B	Werden versorgte Personen/Pflegerpersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	4/8	1	P4
14.2	M/B/T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	4/8	3	P2, P3, P4
14.3	M/B/T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	4/8	1	P4

**Kapitel 15: Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Pflegebedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
15.5	M/B/T17	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	7/8	0	
15.3	M/B/T01	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	8/8	0	
15.4	M/B/T02	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	8/8	0	

15.6	M/B	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	8/8	0	
15.7	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	2/8	0	

**Kapitel 16: Abrechnungsprüfung**

		Prüffrage	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu. x / y	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog-Index	Wertigkeit	Wortlaut		Anzahl der Pflegebedürftigen	Nummern der Pflegebedürftigen
16.1.05	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	8/8	0	
16.1.06	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	8/8	0	
16.1.10	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	1/8	0	
16.1.11	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	1/8	0	
16.1.15	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	0/8	0	
16.1.16	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	0/8	0	
16.2.3	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	5/8	0	
16.2.4	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?	5/8	0	
16.2.6	M/B	Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37	0/8	0	



	Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?			
--	--	--	--	--